























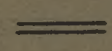


90152

Taux

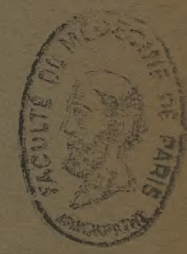
# ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

REVUE PSYCHIATRIQUE  
BULLETIN OFFICIEL DE LA  
SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE



90152

FONDATEUR.  
J. BAILLARGER  
RÉDACTEUR EN CHEF :  
RENÉ CHARPENTIER



XV<sup>e</sup> Série - 97<sup>e</sup> Année - T. I - N° I  
Janvier 1939

1939  
1

MASSON & C<sup>ie</sup>, ÉDITEURS  
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE  
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

Ce numéro contient les Tables du Tome II de l'année 1938.



PUBLICATION PÉRIODIQUE  
PARAISANT 10 FOIS PAR AN

# ANNALES MEDICO-PSYCHOLOGIQUES

ANCIENS REDACTEURS EN CHEF (1843-1930) :

BAILLARGER, CERISE, LONGET,  
BRIERRE DE BOISMONT, MOREAU (de Tours),  
LUNIER, FOVILLE, RITTI, Henri COLIN

REDACTEUR EN CHEF : René CHARPENTIER

COMITE DE REDACTION :

MM. ABADIE, D. ANGLADE, BEAUSSART, Ch. BLONDEL, CAPGRAS,  
H. CLAUDE, COURBON, A. DELMAS, DEMAY, G. DUMAS, DUPOUY,  
EUZIÈRE, J. HAMEL, Pierre JANET, KLIPPEL, LAIGNEL-LAVASTINE,  
LAUZIER, J. LÉPINE, LÉVY-VALENSI, LHERMITTE, MARCHAND,  
MIGNOT, PACTET, PIERON, POROT, RAVIART, ROGUES DE FURSAC,  
SÉGLAS, SÉRIEUX, Th. SIMON, TINEL, TOULOUSE, VERNET.

## PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL (1939)

(L'abonnement part du 1<sup>er</sup> janvier)

France et Colonies, 190 fr., prix du n<sup>o</sup>, 24 fr., changement d'adresse, 1 fr.

Etranger	{ Tarif n <sup>o</sup> 1.....	220 fr.
	{ Tarif n <sup>o</sup> 2.....	230 fr.

N. B. — Ne bénéficient du tarif réduit n<sup>o</sup> 1 que les abonnés des pays qui, conformément à la convention postale universelle de Stockholm, ont accepté une réduction sur les affranchissements des publications périodiques. Ces pays sont : Albanie, Allemagne, République Argentine, Autriche, Belgique, Bolivie, Brésil, Bulgarie, Canada, Chili, Colombie, Congo belge, Costa-Rica, Cuba, Egypte, Equateur, Espagne, Esthonie, Finlande, Grèce, Guatemala, Haïti, Hedjaz, Honduras, Hongrie, Iran, Irak, Lettonie, Libéria, Lituanie, Mexique, Nicaragua-Panama, Paraguay, Pays-Bas, Pérou, Pologne, Portugal et ses colonies, République Dominicaine, Roumanie, San-Salvador, Suisse, Tchéco-Slovaquie, Turquie, Union Afrique du Sud, Uruguay, U. R. S. S., Venezuela, Yougoslavie.

## CONDITIONS DE VENTE DES COLLECTIONS :

I <sup>re</sup> série, par BAILLARGER, CERISE et LONGET (1843 à 1848), 12 vol. in-8, avec planches. Les années 1846-1847 sont épuisées. 8 volumes in-8.....	725 fr.
II <sup>e</sup> série (1849 à 1854), par BAILLARGER, BRIERRE DE BOISMONT et CERISE. 6 volumes in-8.....	825 fr.
III <sup>e</sup> série (1855 à 1862), par BAILLARGER, MOREAU (de Tours) et CERISE. 8 volumes in-8.....	1.075 fr.
IV <sup>e</sup> série (1863 à 1868), par BAILLARGER, CERISE et LUNIER. 12 volumes in-8....	750 fr.
V <sup>e</sup> série (1869 à 1878), par BAILLARGER, CERISE et LUNIER. 20 volumes in-8....	1.325 fr.
VI <sup>e</sup> série (1879 à 1884), par BAILLARGER, LUNIER et FOVILLE. 12 volumes in-8..	750 fr.
VII <sup>e</sup> série (1885 à 1894), publiée par BAILLARGER, FOVILLE et RITTI. 20 vol. in-8.	1.250 fr.
VIII <sup>e</sup> série (1895 à 1904), publiée par ANTOINE RITTI. 20 volumes in-8.....	1.250 fr.
IX <sup>e</sup> série (1905 à 1911), publiée par A. RITTI. 14 volumes in-8.....	875 fr.
X <sup>e</sup> série (1912-1920), publiée par A. RITTI et H. COLIN. 12 volumes in-8.....	875 fr.
XI <sup>e</sup> série (1921), publiée par HENRI COLIN, 2 volumes in-8.....	125 fr.
XII <sup>e</sup> série (1922 à 1930), publiée par HENRI COLIN. 18 volumes in-8.....	1.125 fr.
XIII <sup>e</sup> série (1931), publiée par RENÉ CHARPENTIER. 2 volumes in-8.....	220 fr.
XIV <sup>e</sup> série (1932 à 1934), publiée par RENÉ CHARPENTIER, 6 volumes in-8.....	660 fr.
XV <sup>e</sup> série (1935 à 1938), publiée par RENÉ CHARPENTIER. 8 volumes in-8.....	880 fr.
Table générale et alphabétique (1843 à 1866). 1 volume in-8.....	75 fr.
Table générale et alphabétique (1866 à 1878). 1 volume in-8.....	75 fr.
Table générale et alphabétique (1879 à 1930). 1 volume in-8.....	150 fr.

Les Annales médico-psychologiques forment chaque année 2 volumes in-8<sup>o</sup>

(Les manuscrits non insérés ne sont pas rendus)



90152

ANNALES  
MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

REVUE PSYCHIATRIQUE

BULLETIN OFFICIEL DE LA  
SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

---

ANNÉE 1939

---

TOME PREMIER



# ANNALES MEDICO-PSYCHOLOGIQUES

---

ANCIENS REDACTEURS EN CHEF :

(1843-1930)

BAILLARGER, CERISE, LONGET,  
BRIERRE DE BOISMONT, MOREAU (de Tours),  
LUNIER, FOVILLE, RITTI, HENRI COLIN

RÉDACTEUR EN CHEF : RENÉ CHARPENTIER

COMITÉ DE RÉDACTION :

MM. ABADIE, D. ANGLADE, BEAUSSART, Ch. BLONDEL, CAPGRAS,  
H. CLAUDE, COURBON, Ach. DELMAS, DEMAY, G. DUMAS, DUPOUY,  
EÜZIERE, J. HAMEL, Pierre JANET, KLIPPEL, LAIGNEL-LAVASTINE,  
LAUZIER, J. LÉPINE, LÉVY-VALENSI, IHERMITTE, MARCHAND,  
MIGNOT, PACTET, PIERON, FOROT, RAVIART, ROGUES DE FURSAC,  
SÉGLAS, SÉRIEUX, Th. SIMON, TINEL, TOULOUSE, VERNET.

---

ANNALES 90152

# MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

REVUE PSYCHIATRIQUE

BULLETIN OFFICIEL DE LA  
SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

---

FONDATEUR.

J. BAILLARGER

RÉDACTEUR EN CHEF :

RENÉ CHARPENTIER



XV<sup>e</sup> SÉRIE — 97<sup>e</sup> ANNÉE — 1939

TOME PREMIER

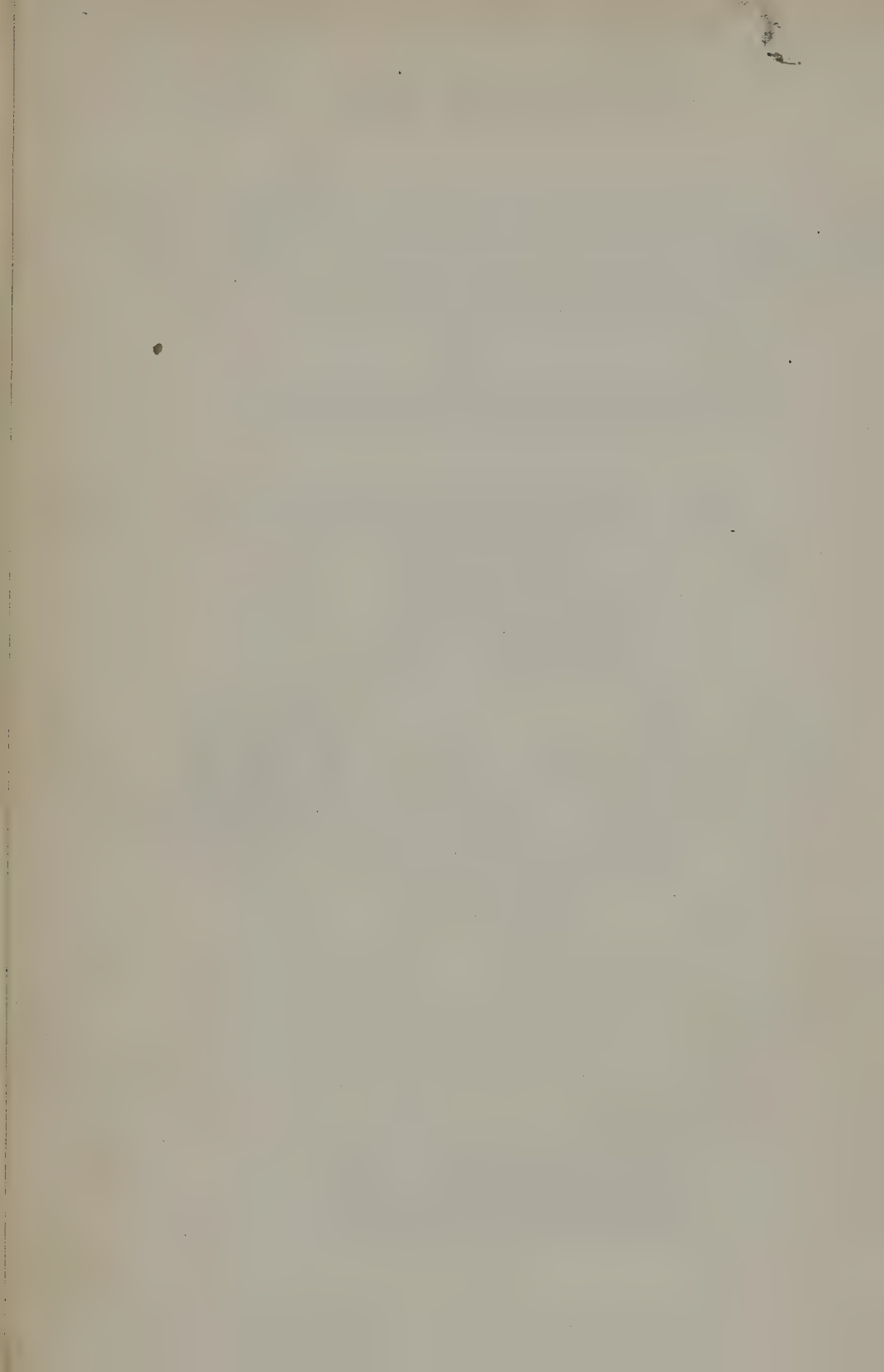
---

MASSON & C<sup>ie</sup>, ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE  
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

---

PUBLICATION PÉRIODIQUE  
PARAISANT 10 FOIS PAR AN





# TABLE DES MATIÈRES

QUINZIÈME SÉRIE - 97<sup>e</sup> ANNÉE - TOME I

JANVIER - MAI 1939

## MÉMOIRES ORIGINAUX

	Pages
Introduction à l'étude de la psychiatrie chez les noirs, par M. H. AUBIN.....	1, 181
Psychose de civilisation, par M. A. DONNADIEU.....	30
Destruction traumatique bilatérale des lobes préfrontaux. Etude du syndrome clinique, par MM. H. BAONVILLE, J. LEY et J. TITECA.....	38
Insuffisance pituitaire et schizophrénie. Considérations anatomo-cliniques sur l'existence d'un facteur d'insuffisance pituitaire dans certains cas de schizophrénie, par M. Mares CAHANE et Mme Tatiana CAHANE.....	214
L'insulinothérapie par voie endo-veineuse, par MM. BARDENAT et LÉONARDON.....	220
Sur quatre cas de psychose hallucinatoire. Essai d'interprétation, par M. P. COSSA.....	357
Un cas d'hallucinoïse auditivo-visio-cénesthésique en relation possible avec une otopathie ancienne, par MM. E. ESCAT et M. ESCAT.....	381
Manie et inspiration musicale. Le cas Hugo Wolf, par MM. R. PAULY et H. HEGAEN.....	389
Résultats du traitement de 50 cas de paralysie générale par la malaria et le stovarsol sodique, par M. M. FEULLADE.....	406
Les troubles mentaux prolongés de l'intoxication oxycarbonée aiguë, par MM. CORNU, A. DEVIC et M. POROT.....	533
Genèse du traitement de la schizophrénie par le cardiazol, par M. L. von MEDUNA.....	546
Le traitement actuel de la démence précoce et d'autres psychoses par l'insuline et le cardiazol, par M. P. ABÉLY.....	555

	Pages
La psychiatrie dans l'Amérique du Sud, par M. H. DELGADO et J.-O. TRELLES.....	567
Le centenaire de la loi française du 30 juin 1838. Ce qu'en pense un étranger, par M. C. FERRIO.....	725
Surmenage intellectuel et schizophrénies, par M. L. FROMENTY.....	755
La gaucherie et le bégaiement. Note pour servir de préface à l'étude de certains troubles du langage, par MM. M. WAHL et S. COTTE....	765

## SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Liste des Présidents, Secrétaires généraux et Trésoriers de la Société Médico-Psychologique (1852-1939).....	59
Bureau pour 1939.....	61
Liste des membres.....	61

### *Séance du jeudi 12 janvier 1939*

Une guérisseuse mystique, par MM. LAIGNEL-LAVASTINE et E. MARTIMOR...	84
Disparition d'un syndrome dépressif d'involution après une asphyxie et des brûlures, par MM. P. COURBON et J. PERRIN.....	89
Paralysie générale traumatique ou commotion cérébrale chez un syphilitique, par MM. X. ABÉLY, BOUVET et CARRÈRE.....	93
Auto-mutilations et phlegmons provoqués dans un membre anesthésique. Syndrome pariétal et endocraniose, par M. J. DELMOND.....	98
Lésions rénales dans le délire aigu, par MM. P. GUIRAUD et J. CHAPOULAUD	107

### *Séance du lundi 23 février 1939*

Allocution de M. A. FILLASSIER, président sortant.....	111
Allocution de M. LAIGNEL-LAVASTINE, président.....	114
Adoption du procès-verbal .....	116
Correspondance .....	116
Commissions des prix.....	117
Election d'un membre associé étranger .....	117
Intérêt du « signe du poignet figé » et des manœuvres de Froment en neuro-psychiatrie, par M. G. FERDIÈRE.....	118
A propos de la « débilité mentale », par M. A.-P.-L. BELEY.....	120
De la nécessité d'une définition standard du service ouvert, par M. G. DAUMÉZON.....	126
Appel en faveur d'un musée psychopathologique, par MM. J. Vié et G. FERDIÈRE.....	130
Un cas de travestissement, par M <sup>me</sup> MASSON.....	132
Un cas d'application des méthodes de Sakel et von Meduna, par MM. COSSA et BOUGEANT.....	139

*Séance du jeudi 9 février 1939*

	Pages
Dépression et psoriasis, par MM. LAIGNEL-LAVASTINE et P. PAUGAM.....	226
Sur un cas de maladie de Lobstein avec idiotie congénitale, par MM. A. BARRÉ et J. DELAY.....	229
Polyradiculonévrite avec dissociation albumino-cytologique type Guil- lain et Barré chez une démente précoce, par MM. LHERMITTE et SUTTEL.....	233
Ankylose des deux coudes. Séquelle de bouffée d'agitation délirante chez une adolescente hystérique, par MM. P. COURBON et J. PERRIN....	236
Les effets de la vagotonine, en ingestion, dans la névrose d'angoisse, par M. J. TINEL.....	242
Réactions du système neuro-vasculaire au cours de l'évolution d'un délire hallucinatoire chronique et de deux cas de psychose maniaco- dépressive. Influence des facteurs psychopathiques sur les tracés sphygmographiques et électro-cardiographiques, par M. P. CHATAGNON, M <sup>me</sup> Th. Brosse, M. M.-P. SCHERRER et M <sup>lle</sup> C. CHATAGNON.....	253
Forme psychique d'une endocardite végétante à évolution lente, par M. P. CHATAGNON, M <sup>me</sup> Th. Brosse, M. M.-P. SCHERRER et M <sup>lle</sup> C. CHATA- GNON.....	253

*Séance du lundi 27 février 1939*

Adoption du procès verbal.....	261
Correspondance.....	261
Vacance d'une place de membre titulaire.....	261
Ordre du jour de la séance du lundi 22 mai 1939.....	262
Election d'un membre titulaire non résident.....	262
Election de trois membres titulaires résidents.....	262
Election de trois membres correspondants nationaux.....	263
Décès des professeurs Charles BLONDEL et J. MARTIN.....	263
Etude du dessin chez un aphasique : ne permet-elle pas de parler de « réalisme intellectuel » ou d'hypopraxie constructive ? par M. G. FERDIÈRE.....	265
Ecriture en miroir du membre fantôme gauche d'un amputé délirant. Considération sur le mécanisme hallucinatoire, par MM. G. DAUMÉZON et G. GUSDORF.....	278
A propos de deux cas de tumeur cérébrale à forme mentale prolon- gée, par MM. H. ROGER, M. ARNAUD et J. PAILLAS.....	284
Syndrome psycho-polynévritique de Korsakoff déclenché au cours d'une suppuration pulmonaire par des injections intra-veineuses d'alcool, par MM. H. ROGER et J. BOUDOURESQUES.....	293
De l'athymhormie à la discordance, par M. M. DIDE.....	298
Recherches expérimentales sur l'action catatonisante de certains liquides céphalo-rachidiens, par MM. A. LE GRAND et P. ANNÉE.....	306
La strychnine chez les épileptiques, par M. P. HARTENBERG.....	310
L'association strychnine-gardénal dans le traitement de l'épilepsie chez les enfants anormaux, par MM. BRISSOT, J. MAILLEFER et J. BUTZBACH.....	313
Sur un cas de potomanie, par MM. PASTEUR-VALLÉRY-RADOT, J. DELAY et P. MILLIEZ.....	320



*Séance du Jeudi 9 mars 1939*

	Pages
Pseudo-amnésies rétrogrades totales, par MM. X. ABÉLY, BOUVET, et CARRÈRE.....	411
Bloc septo-ventriculaire gauche dans un cas d'hallucinations psychiques avec troubles de la contention de la pensée intérieure, par MM. H. BARUK et M. RACINE.....	418
L'électrocardiographie dans les maladies mentales, par MM. H. BARUK et M. RACINE.....	424

*Séance du lundi 27 mars 1939*

Adoption du procès-verbal.....	437
Correspondance.....	437
Election de trois membres correspondants nationaux.....	438
Date de la première séance d'avril.....	438
Ordre du jour de la séance du 26 juin 1939.....	438
Maladie exostosante héréditaire et familiale chez un jeune arriéré, par MM. M. BRISSET, MISSSET et J. MAILLEFER.....	439
Les psychoses hyperfolliculiniques en clinique humaine et dans l'expérimentation animale, par MM. H. BARUK, LABONNÉLIE et M <sup>lle</sup> LEURET.....	446
Un couple d'héroïnomanes : innocuité des doses massives d'héroïne par voie intraveineuse, par MM. R. DUPOUY, J.-F. BUVAT et H. SAUGUET.....	459
Action sédative de la testostérone dans les états d'excitation chez la femme, par MM. P. GUIRAUD et R. STORA.....	464

*Séance du jeudi 20 avril 1939*

Sur la localisation de l'incohérence au délire, par MM. J. VIÉ et RAUCOULE.....	616
Autopugilisme réactionnel à une paresthésie dans le domaine du nerf maxillaire supérieur droit chez un tiqueur, par MM. LAIGNEL-LAVASTINE, GALLOT et PAUGAM.....	624
Mélancolie anxieuse chez un causalgique, amputé de 3 doigts de la main droite, par MM. LAIGNEL-LAVASTINE, GALLOT et PAUGAM.....	626
Ramollissements cérébraux et cérébelleux multiples et progressifs chez une femme de 33 ans, par MM. L. MARCHAND, G. DEMAY et J. NAUDASCHER.....	628
Tumeur cérébrale de volume considérable. Etat dépressif léger. Syndrome neurologique terminal rapide après ictus syncopal unique, par MM. L. MARCHAND, et R. DUPOUY.....	634

*Séance du lundi 24 avril 1939*

Adoption du procès verbal.....	639
Correspondance.....	639
Election d'un membre titulaire.....	639
Election d'un membre associé étranger.....	640
Débilité mentale avec excitation à type d'hypomanie chronique chez un enfant de 13 ans, par M. G. HEUYER et M <sup>me</sup> S. LECONTE.....	640

	Pages
Syndrome aphaso-agnoso-apraxique temporaire chez un homme de 35 ans, par MM. R. BESSIÈRE et G. DESHAIES.....	642
Un cas de démonopathie. Etude clinique et essai d'interprétation pathogénique, par MM. J. LHERMITTE et BEAUDOUIN.....	649
Part des perturbations endocriniennes dans la physiopathologie mentale à propos d'un cas de déséquilibre constitutionnel. Echec de la thérapeutique par le cardiazol, par MM. P. CHATAGNON, A. SOULAIRAC et M <sup>lle</sup> C. CHATAGNON.....	666
Sur un cas d'érotomanie pure, par MM. P. LÔO et J. SALMON.....	670

## Séance du jeudi 11 mai 1939

VI <sup>e</sup> Réunion Européenne d'Hygiène Mentale.....	770
Une observation de travestissement tardif, par MM. J. LÉVY-VALENSI, H. PÉQUIGNOT et F. PASCHE.....	770
Psychoses colibacillaires aiguës, par M. P. GUIRAUD.....	774
Un cas d'illusion de sosie. Polynévrite et sclérose médullaire chez un alcoolique, par MM. MARTIMOR et M <sup>lle</sup> JOUANNAIS.....	785
Section du médian et des artères du poignet gauche, par tentative de suicide liée à un choc émotif chez une neuro-syphilitique, par MM. LAIGNEL-LAVASTINE, H.-M. GALLOT et M. FELD.....	791
Crise d'épilepsie à aura douloureuse, par MM. L. MARCHAND et J. AJURIA-GUERRA.....	794
Deux cas de démence alcoolique à marche rapide. Prolifération cérébrale névroglique et microglique considérable, sans lésions inflammatoires vasculaires et méningées, par MM. L. MARCHAND, P. COURBON et J. CARRIER.....	796
Un délire passionnel de thérapeute, par MM. X. ABÉLY, BOUVER et CARRÈRE.....	803
Deux états passionnels à thème commun de dépossession et de formes différentes, par MM. HEUYER et NEVEU.....	808

## Séance du lundi 22 mai 1939

Adoption du procès-verbal.....	822
Correspondance.....	822
Prix.....	823
Election de deux membres correspondants nationaux.....	823
Décès du Docteur LEGRAIN.....	823
Contre-indications cardiaques à la cardiazolthérapie, par M. E. GÉRAUDEL.....	835
La pupille et le fond d'œil au cours des crises convulsives provoquées par le cardiazol, par MM. BARGUES, CORCELLE et BERTHON.....	829
Cardiazol et troubles pulmonaires, par MM. G. DEMAY, A. SOULAIRAC et J. NAUDASCHER.....	835
Sels d'or et cardiazol, M. M. HYVERT.....	841
Que peut-on attendre du traitement de certains troubles mentaux aigus et chroniques par le cardiazol ? par MM. LARRIVE, MESTRALET, MATHON et J. CARRIER.....	844
De quelques observations particulières faites au cours du traitement par le cardiazol, par MM. H. CLAUDE, M. LECONTE et G. RALLU.....	859

Le cardiazol en thérapeutique psychiatrique (Expérimentation et essai clinique de 17 mois), par MM. LAIGNEL-LAVASTINE, H.-M. GALLOT et H. RICHARD.....	863
Quelques cas de traitement par le cardiazol, par MM. J. VIÉ et P. RAUCOULE.....	878
Contribution à la physiopathologie motrice du choc insulinique, par MM. EY et D. COLOMB.....	883
Observations d'insulinothérapie (30 cas), par MM. H. EY, D. COLOMB et BERNARD.....	891
Quelques réflexions sur l'insulinothérapie, par MM. POROT, BARDENAT et LÉONARDON.....	896
Thérapeutique par l'insuline et le cardiazol, par M. P. ABÉLY.....	904
Les thérapeutiques à l'insuline et au cardiazol dans quelques services psychiatriques de l'Algérie, par MM. A. POROT, AUBIN, VALLET et SUTTER.....	906
Une année de traitements par le cardiazol ou par l'insuline dans diverses psychoses, par MM. G. VILLEY et J.-F. BUVAT.....	908
Les guérisons dans les états dits de « démence précoce » en dehors des thérapeutiques de choc, MM. H. BARUK et M.-L. ZAPHIROPOULOS.....	917
Insulinothérapie comatogène et cardiazolthérapie convulsivante, par MM. P. COURBON et ASSUAD.....	929
Les sismothérapies anciennes et modernes en psychiatrie, par MM. P. COURBON et J. PERRIN.....	933

## SOCIÉTÉS

### Société de Neurologie de Paris

Séance du jeudi 5 janvier 1939.....	159
Séance du jeudi 2 février 1939.....	325
Séance du jeudi 2 mars 1939.....	472
Séance du jeudi 30 mars 1939.....	679
Séance du jeudi 4 mai 1939.....	949

### Groupement français d'Etude de Neuro-Psychopathologie infantile

Séance du lundi 23 janvier 1939.....	328
Séance du lundi 30 mars 1939.....	474

### Association pour l'Etude des Arts et Société française de Psychologie

Séance commune du samedi 20 mai 1939.....	952
---	-----

**Société de Médecine mentale de Belgique**

	Pages
<i>Séance du samedi 28 janvier 1939</i> .....	330
<i>Séance du samedi 25 février 1939</i> .....	476
<i>Séance du samedi 25 mars 1939</i> .....	683
<i>Séance du samedi 29 avril 1939</i> .....	953

**Société belge de Neurologie**

<i>Séance du samedi 28 janvier 1939</i> .....	332
<i>Séance du samedi 25 février 1939</i> .....	477

**Groupeement belge d'Etudes Oto-neuro-ophtalmologiques  
et Neuro-Chirurgicales**

<i>Séance du samedi 25 mars 1939</i> .....	684
--	-----

---

**VARIÉTÉS**

---

<b>Assistance :</b>	<b>L'Assistance aux Parkinsoniens post-encéphalitiques en</b>	
	<b>Italie</b> .....	180
—	Projet de création de services ouverts annexés aux hôpitaux	
	psychiatriques et d'additions à la loi de 1838 sur les aliénés.	530
—	Fondation d'une clinique des maladies mentales avec labo-	
	ratoire de recherches à Bristol (Angleterre).....	531
<b>Hôpitaux psychiatriques :</b>	<b>Distinctions honorifiques</b> .....	178, 527
—	— Nominations.....	178, 354, 528, 718, 962
—	— Postes vacants.....	179, 354, 963
—	— Honorariat.....	354, 528
—	— Recrutement des médecins.....	355
—	— Concours pour 15 postes de médecins.....	355, 528
—	— Association amicale des médecins des Etablis-	
	sements publics d'aliénés de France.....	355
—	— Société médicale des Hôpitaux psychiatriques de	
	la Seine.....	355
—	— Médecins des Etablissements privés faisant fonc-	
	tion d'Hôpital psychiatrique public et clientèle	
	médicale.....	355
—	— Incendie de la Clinique psychiatrique d'Es-	
	quermes.....	528
—	— Incendie d'un hôpital psychiatrique canadien..	528
—	— Jury du concours de Médecin.....	963

	Pages
<b>Hygiène et prophylaxie :</b> Société médicale des Hôpitaux de Lyon : Vœu de MM. les Professeurs J. Lépine et Delore pour la répression de l'alcoolisme .....	529
— — — Un vœu contre l'alcoolisme à l'Académie de Médecine .....	963
— — — Une association de schizophréniques aux Etats-Unis .....	964
<b>Législation :</b> Projet de loi portant révision de la loi du 30 juin 1938 sur les aliénés .....	719
<b>Médecine légale :</b> Criminalité féminine et masculine .....	532
<b>Nécrologie</b> .....	964
<b>Société médico-psychologique :</b> Séances .....	178, 353, 527, 718,
— — — Nécrologie .....	353,
— — — Distinctions honorifiques .....	353
<b>Sociétés, Réunions et Congrès :</b> Société de Neurologie et de Psychiatrie de Buenos-Aires .....	179
— — — 5 <sup>e</sup> Réunion annuelle de la Société des Neurologistes et Psychiatres allemands .....	179
— — — 6 <sup>e</sup> Réunion européenne d'Hygiène mentale (Lugano, 4-6 Juin 1939) .....	179
— — — 3 <sup>e</sup> Congrès international de Neurologie (Copenhague, 21-25 août 1939) .....	180
— — — 95 <sup>e</sup> Réunion annuelle de l'American Psychiatric Association .....	528
— — — Journées médico-psychiatriques pan-américaines .....	529
— — — Assemblée de Printemps de la Société suisse de Psychiatrie .....	529
— — — Groupement belge d'Etudes Oto-neuro-ophtalmologistes et Neuro-chirurgicales ..	718
<b>Universités :</b> Paris, Faculté de Médecine .....	964

# TABLE ANALYTIQUE DES MATIÈRES (1)

## A

**Accouchement prématuré et arriérations intellectuelles** (T. BRANDER), 701.

**Acrodynie avec troubles mentaux** (Mme LECONTE et MAILLEFER), 475.

**Agueusie datant de 20 ans** (ALAJOUANINE et MIGNOT), 328.

**Alcoolique (démence) à marche rapide.** Prolifération microglie sans lésions inflammatoires (L. MARCHAND, P. COURBON et J. CARRIER), 796.

**Alcoolisme chronique.** Psychodynamisme (Robert KNIGHT), 340.

— Traitement des complications nerveuses par la strychnine (P. COSSA, H. BOUGEANT, M. PUECH et P. SASSI), 508.

**Aliénés criminels.** Sortie de l'Asile (A. FRANCHETEAU), 177.

**Alzheimer (maladie d') ayant évolué comme une maladie de Pick** (P. DIVRY), 476.

**Ambivalence** (E. ROENAU), 165.

**Amnésies (pseudo-) rétrogrades totales** (X. ABÉLY, BOUVET et CARRÈRE), 441.

**Amour et outrage** (Giulio PAOLI), 521.

**Amoureux des criminelles** (Edmond LOCARD), 521.

**Amyotrophie familiale** (HEUYER et Mme LECONTE), 681.

**Anémie pernicieuse.** Lésions nerveuses périphériques (W.-M. van der SCHEER et H.-C. KOEK), 698.

**Angoisses.** Mécanisme des crises de l'enfant (André OMBREDANE, Mme SUARÈS et CANIVET), 337.

**Ankylose des deux coudes, séquelle de bouffée d'agitation chez une hystérique** (P. COURBON et J. PERRIN), 236.

**Anorexie mentale.** Délimitation clinique (P. OTTONELLO), 342.

**Anthropologie criminelle ou psychologie différentielle ?** (Antonino NATOLI), 523.

— (le psychogramme dans l') (Luiz de PINA), 524.

— (Louis VERVAECK), 690.

**Aphasique (étude du dessin chez un)** (Gaston FERDIÈRE), 265.

**Aphaso-agnosio-apraxique (syndrome) temporaire** (R. BESSIÈRE et G. DESHAIES), 642.

**Appendicites (lésions nerveuses dans les)** (A. LLOMBART), 696.

**Arriération intellectuelle et récidive chez les enfants délinquants** (Paul VERVAECK), 525.

**Arriérations affectives.** Séméiologie (Mme O. CODET), 348.

**Artério-sclérose cérébrale des schizophrènes** (Th. DETENHOFF), 164.

— médullaire (V. DIMITRI), 351.

**Artérites des membres inférieurs.** Lésions du sympathique caténaire lombaire (L. CORNIL, J.-E. PAILLAS et H. HAIMOVICI), 695.

**Asile (origine de l') Saint-Paul-de-Mausole** (Edgar LEROY), 703.

**Assistance hospitalière neuro-psychiatrique** (Marino BENVENUTI), 702.

— des aliénés en Tchéco-Slovaquie (DESRIELLES et BERSOT), 703.

**Asthénie neuro-psychique.** Traitement (A. VANELLI et P. DURANDO), 509.

**Asthmatiques intolérants à l'adrénaline** (André JACQUELIN, F. JOLY et R. SOULIGNAC), 349.

**Astrocytome du vermis** (DAVID), 473.

**Astrocytomes.** Etude anatomo-pathologique (R.-W. WAGGONER et Konstantin LÖWENBERG), 496.

**Ataxie de Friedreich.** Etude histopathologique (George B. HASSIN), 697.

**Athétose.** Traitement par section des faisceaux extra-pyramidaux de la moelle (Tracy J. PUTNAM), 518.

**Athymhormie (de l') à la discordance** (Maurice DRE), 298.

**Atrophie cérébelleuse et olivaire progressive non familiale** (G. GUILLAIN,

(1) Les chiffres en caractères **gras** renvoient aux MÉMOIRES ORIGINAUX et aux COMMUNICATIONS à la Société Médico-Psychologique.



Y. BERTRAND et Jacqueline GUILLAIN), 950.

**Atrophie musculaire avec atrophie optique pimitive** (Daniel-E. SCHNEIDER et Milton M. ABELES), 176.

**Attention** (l') dans l'orientation et la sélection professionnelles (Leopoldo MATA), 346.

**Autohémothérapie** dans les maladies mentales (P. TENCONI), 509.

## B

**Barbituriques** (intoxications) traitées par la coramine intraveineuse (Jean LEROUX-ROBERT), 713.

**Basedowiens** (troubles psychiques) et faux syndromes thyroïdiens (H. WELTI, H. BARUK et Mlle Yvonne MATHEY), 699.

**Benzédrine**. Effets physiologiques (Abraham MYERSON), 513.

— administrée aux enfants (Charles BRADLEY), 513.

— (la) dans le parkinsonisme post-encéphalite (Philip SOLOMON et Myron PRINZMETAL), 514.

**Botulisme** (polioencéphalomyélite due au) (Gabriel A. SCHWARZ), 495.

**Bromures** (les) dans l'état catatonique (A.-S. POZNANSKI et Mme V.-V. NAUMOVA), 712.

**Brucellienne** (infection). Réactions du type exogène (B.-N. SERAFIMOV), 493.

**Brucellose**. Syndrome schizophrénique consécutif (G. ASCHIERI), 164.

**Bulbo-médullaires** (syndromes) post-encéphalitiques chez le frère et la sœur (A. KRAL), 174.

**Buveurs dangereux**. Obligation du traitement (Louis VERVAECK), 525.

## C

**Cachexie progressive** par tumeur du 3<sup>e</sup> ventricule et maladie de Simmonds (LHERMITTE, Th. de MARTEL, GUILLAUME et AJURIAGUERRA), 325.

**Capacité pénale** ; problème de la responsabilité (V. STANCIU), 526.

**Cardiazol**. Essai de la méthode de von Meduna (Antonio Foz, Inocencio B. ANSALDI et Nicolas A. VITA), 512.

— (genèse du traitement de la schizophrénie par le) (Ladislaus von MEDUNA), 546.

— (crises convulsives par le). Etat de la pupille et du fond d'œil (BARGUES, CORCELLE et BERTHON), 829.

— et troubles pulmonaires (G. DEMAY, A. SOULAIRAC et J. NAUDASCHER), 835.

— (le) dans le traitement des troubles mentaux (LARRIVE, MESTRALLET, MATHON et J. CARRIER), 844 ; (LAIGNEL-LAVASTINE, H.-M. GALLOT et H. RICHARD), 863 ; (J. VIÉ et P. RAUCOULE), 878.

— (traitement par le). Observations particulières (H. CLAUDE, M. LECONTE et G. RALLU), 859.

— (thérapeutique par le) et l'insuline (P. ABÉLY), 904 ; (G. VILLEY et J.-F. BUVAT), 908 ; — en Algérie (A. POROT, AUBIN, VALLET et SUTTER), 906.

**Cardiazolthérapie** (lésions du squelette au cours de la) (Alfonso SATTA), 709.

— Contre-indications cardiaques (E. GÉRAUDE), 825.

— convulsivante et insulinothérapie comatogène (P. COURBON et ASSUAD), 929.

**Catalepsie** du vieillard et lésions du cervelet (J. LHERMITTE et SUSIC), 159.

**Catatonie** (la) à la lumière de recherches catamnétiques (K. KLEIST et DRIEST), 165.

**Catatonisante** (action) de certains liquides céphalo-rachidiens (André LE GRAND et Pierre ANNÉE), 306.

**Céphalées** (Pedro TALTAVULL), 349.

**Céphalo-rachidien** (Liquide). Taux de l'acide urique dans les psychoses (G. INGVARSON), 499.

— — —. Passage de l'alcool (F. N. RIKLIN), 499.

— — —. Dosage du tryptophane (M. KRAUS et K. MEZEY), 500.

— — — ventriculaire et spinal (I.-B. ANSALDI), 500.

**Cérébelleuse** (atrophie) chez l'enfant (BUSSCHAERT), 332.

**Cerveau**. Perturbations circulatoires (A. MEYER), 698.

**Cervelet**, Pont et moelle. Diagnostic différentiel des lésions (Mark Albert GLASER et H. MARVIN BEERMAN), 175.

**Chorée aiguë**. Lésions histologiques (L. BABONNEIX et J. LHERMITTE), 472.

— prolongée (BABONNEIX), 679.

**Circconcision** (Mme SVALBERG), 348.

**Civilisation** (psychose de) (A. DONNADIEU), 30.

**Cœur** (réanimation par massage du). Anatomo-clinique (DESMAREST et LHERMITTE), 473.

**Colibacillaires** (psychoses) aiguës (P. GUIRAUD), 774.

**Comitial** (syndrome) tardif des traumatisés cranio-cérébraux de guerre (René TARGOWLA), 520.

**Commissures supra-optiques** (M. A. GERBERTZOFF), 478.

**Conduction nerveuse** (Jean TITECA), 497.

**Conscience** et système nerveux (Dom Thomas VERNER MOORE), 482.



- (l'examen de) et les voix (P. JANET), 956.
- Contagion** (délit de) vénérienne (Nerio ROJAS et Federico BONNET), 521.
- Coramine.** Action convulsivante (Carlos F. CRESPO), 513.
- Corps jaune** et épilepsie (R. DELLAERT), 476.
- Cranio-faciales** (blessures). Séquelles nerveuses (LAIGNEL-LAVASTINE, GALLOT et PAUGAM), 683.
- Criminalité** et constitution bio-psychique (Fl. STEFANESCO-GOANGA), 522.
- dans les états psychopathiques initiaux (G. FATTOVICH et N. NICOLAI), 523.
- Criminologie** (introduction à la) (Etienne de GREEFF), 334.
- Cure bulgare** chez les encéphalitiques. Rémission de la symptomatologie démentielle (Oswaldo MECO), 514.
- Cyclothymie** et schizophrénie (M. BRISOT et Mlle GRAVEJAL), 328.
- Cysticercose** du 4<sup>e</sup> ventricule (P.-L. LAMBERT et J. DAGNELIE), 696.

## D

- Débilité intellectuelle** (G. HEUYER), 161.
- Débilité mentale** (André-P.-L. BELEY), 120.
- Définition (Edouard PECHON), 338.
- avec hypomanie chez un enfant de 13 ans (G. HEUYER et Mme S. LECONTE), 640.
- Défenseur** (le) et la personnalité du criminel (B. MENDELSON), 177.
- Dégénérescence pigmentaire pallidonigrique** (Ludo van BOGAERT), 949.
- Délire aigu.** Lésions rénales (P. GUIBAUD et J. CHAPOULAUD), 107.
- Démence progressive** par atrophie corticale (H. BAONVILLE, J. LEY et J. TITECA), 954.
- Démence précoce** et schizophrénie (Exequias BRINGAS NUÑEZ), 162.
- Thérapeutique par l'insuline et le cardiazol (H. BAONVILLE, J. LEY, A. et J. TITECA), 331.
- et autres psychoses. Traitement actuel par l'insuline et le cardiazol (Paul ABÉLY), 555.
- (états dits de). Guérisons en dehors des thérapeutiques de choc (H. BARUK et M.-L. ZAPHTROPOULOS), 947.
- Déments précoces mérycistes.** Gastrogrammes (Ferdinando BARISON), 164.
- Histopathologie et biochimie du système nerveux (V. M. BUSCAJO), 352.

- Démonopathie.** Clinique et pathogénie (J. LHERMITTE et BEAUDOUIN), 649.
- Dépressifs** (états) réactifs endogènes (A. L. LECHTCHINSKY), 169.
- Dépression** et psoriasis (LAIGNEL-LAVASTINE et P. PAUGAM), 226.
- Diabète** acromégalique. Insulino-résistance et radiothérapie (P. MAURIAC, P. BROUSTET, R. SARIC et de LACHAUD), 703.
- Diencéphaliques** (lésions); nanisme et épilepsie (O. BILLIG), 351.
- Dinitrophénol** (influence du) sur le glycogène (Mares CAHANE), 503.
- Disvitaminose** dans les maladies mentales (A. TROSSARELLI), 172.
- Divorce** et aliénation mentale (Pierre LÉCULIER et Roger GOT), 692.
- Droit médical** (P. APPLETON et P. BOUNDIN), 694.
- Dure-mère** (hématomes de la) (G. de MORSIER), 175.

## E

- Ecorce cérébrale** (malformation symétrique de l') avec synostose cranienne prénatale (A. BIEMOND), 696.
- Ecriture** en miroir du membre fantôme d'un amputé délirant (G. DAUMÉZON et G. GUSDORF), 278.
- Education artistique** à l'école (Erric AINAUD), 346.
- (l'idée de paix comme problème d') (Hans GRÜNBERG), 346.
- Electrocardiographie** dans les maladies mentales (H. BARUK et M. RAGINE), 424.
- Electrocution** accidentelle. Modifications du cerveau (George B. HASSIN), 351.
- Emotion.** Mécanisme (James W. PAPEZ), 346.
- Emotions.** Principes d'une théorie générale (Marius LATOUR), 484.
- (mécanisme des). Rôle des noyaux diencéphaliques (A. SALMON), 493.
- Empreintes digitales.** Altérations chez les travailleurs (Leonidio RIBEIRO), 520, 717.
- Destruction dans la maladie familiale de Meleda (Nerio ROJAS et Julio R. OBIGLIO), 521.
- Encéphalite** épidémique chronique. Traitement par le procédé bulgare (J. BORYSOWICZ), 715.
- Encéphalites** aiguës post-infectieuses de l'enfance (Jules COMBY), 494.
- Encéphalographie** à l'aide de petites quantités d'air dans les tumeurs cérébrales (N. E. KOWALEW), 172.
- Encéphalopathie** anémique (R. BRINGEL), 171.

— à forme atonique, maladie de Forster (HEUYER, Mme ROUDINESCO et Mlle HAGUENAUER), 327.

**Endocardite végétante** à évolution lente (P. CHATAGNON, Mme Th. Brosse, P. SCHERER et Mlle C. CHATAGNON), 253.

**Endocrinienne** (chirurgie) (G. JEANNE-NEY), 717.

**Endocrinienne** (perturbations) dans la physiopathologie mentale (P. CHATAGNON, A. SOULAIRAC et Mlle C. CHATAGNON), 666.

**Endocrinologie** et homosexualité (J. SCHOCKAERT et FERIN), 953.

**Enurésie.** Etiologie et traitement (M.-P. BIZE), 715.

**Epilepsie** dans les tumeurs cérébrales (J.-A. CHAVANY et A. PLACA), 491.

— (mode d'apparition de l') (Joseph-L. FETTERMANN et Volta R. HALL), 492.

— (examens de 400 cas d') (H. Sjögren), 507.

— avec psychose. Traitement par le prominal (D.-E. SANDS), 508.

— idiopathique. Effet du tartrate d'ergotamine (Anthony E. LOSCALZO), 508.

— à aura douloureuse (L. MARCHAND et J. AJURIAGUERRA), 794.

— camphrée dans le traitement de la schizophrénie (M.-A. GOLDENBERG), 961.

**Epileptiques** (réactions). Essai de classification (Arthur GUIRDHAM), 492.

**Epihyso-hypophysaires** (corrélations) (G. ROUSSY et M. MOSINGER), 504.

**Epithéliomas** du poumon. Métastases du système nerveux central (LHERMITTE, HUGUENIN et E. VERNES), 326.

**Epivan sodique** (l') dans le diagnostic en pathologie chirurgicale (Rafael HERNANDEZ-RAMIREZ et NARCISO A. HERNANDEZ), 516.

**Erotisme** délictueux de l'homme d'âge mûr non dément (E. GELMA), 522.

**Erotomanie** homosexuelle travestie (J. FRETET), 167.

— pure (Pierre LÔO et Jean SALMON), 670.

**Ethique** (atrophie) post-encéphalitique (Lanfranco CIAMPI), 338.

**Eugénique** (influences des mesures ayant un caractère général sur l') (Sabin MANUILA), 507.

**Exostosante** (maladie) héréditaire (M. BRISSOT, MISSET et J. MAILLEFER), 439.

**Expertise** psychologique (S. CUPCEA), 523.

## F

**Fièvre** provoquée par les tiques dans les affections nerveuses et psychiques (D. AFANASIEV), 711.

**Formulaire** médical, 491.

**Friedreich** (maladie de) chez un seul jumeau. Vitaminothérapie C (MOLLARET), 951.

## G

**Gangrène** spontanée (névrite au cours de la) (D. PANTCHENKO), 695.

**Gaucherie** et bégaiement (M. WAHL et S. COTTE), 765.

— (la) (GOLDZIEHER), 957.

**Gémellaires** (psychoses) (R. BELLINGIONI), 161.

**Giganto-pyramidale** (région). Histo-architectonique (V. TRONCONT), 497.

**Glioblastome** endoventriculaire de l'hémisphère droit (A. TARABINI), 173.

**Gliome** kystique. Clinico-chirurgie ; injection de lipiodol et radiothérapie (José PEREYRA KAHER et Ricardo MOREA), 518.

**Glycémie** (courbe de la) consécutive à l'encéphalographie (Michael SCOTT), 502.

**Guérisseuse** mystique (LAIGNEL-LAVASTINE et E. MARTIMOR), 84.

## H

**Hallucinations** (C.-E. ROBERTI), 161.

— et localisations cérébrales (P. SCHRODER), 162.

— visuelles des enfants et des adolescents schizophrènes (Z. KOSENKO), 162.

— psychiques (bloc septo-ventriculaire gauche dans un cas d') (H. BARUK et M. RACINE), 448.

**Hallucino**se auditivo-visio-cœnesthésique en relation possible avec une otopathie ancienne (E. et M. ESCAT), 381.

**Hématome** cérébral non traumatique (L. LARUELLE et L. MASSION-VERNIOREY), 685.

**Hémiballisme** et corps de Luys (Henry MARCUS et Hakson SjöGREN), 175.

**Hémisphères** cérébraux. Traitement des abcès subaigus et chroniques (Clovis VINCENT), 517.

**Hérédité** et épilepsie (L. MARCHAND), 686.

**Héroïnomanes** (couple d'). Injections massives intra-veineuses (R. DUPOUY, J.-F. BUVAT et H. SAUGUET), 459.

**Herpes** zoster consécutif à la ponction lombaire (H.-R. CARTER), 177.

**Homicide-suicide** (C. SALVAGUA-CAMPOS), 525.

- Homosexualité.** Conditionnement biologique (Theo LANG); (J. H. SCHULTZ), 167.
- et glandes endocrines (Leonidio RIBEIRO), 700.
- Hormone** (de l') au comportement humain (E. de GREEFF), 330.
- Humanisme** (de l') à la déshumanisation de l'art (Joaquin XIRAU), 952.
- Hygiène mentale** des étudiants (G. VERMEYLEN), 489.
- à l'école primaire (H. ZULLIGER), 506.
- Hyperfolliculiniques** (psychoses). Clinique et expérimentation (H. BARUK, LABONNÉLIE et Mlle LEURET), 446.
- Hypertension artérielle.** Accidents cérébraux pseudo-tumoraux (J. VALLAT), 488.
- maligne (rétinite au cours d'une) (A. MAGITOT et DUBOIS-POULSEN), 695.
- Hypertensions d'origine endocrinienne** (Pierre BROUSTET), 701.
- Hyperthyroïdie.** Formes psychiques pures ou prévalentes (Paul COSSA), 699.
- Hypertonie** des oculo-moteurs (fixité du regard par) (MONIER-VINARD, VETTER et G. OFFRET), 327.
- Hypnose** (l'), psychothérapie des psychonévroses (James L. Mc CARTNEY), 514.
- Hypoglycémie** (effets neurologiques et psychologiques de l') (D.-N. PARFITT), 502.
- insulínique dans la schizophrénie (D.-E. CAMERON), 959.
- prolongée (N.-L. EASTON), 959.
- Hypoglycémique** (traitement) dans la schizophrénie (D. RUSLANDER), 958.
- Hypophysaire** (irradiation) dans le diabète insulino-résistant (L. DELHERM et H. FISCHGOLD), 506.
- (syndrome) (P. MARTIN), 685.
- Hypophysaires** (fonctions) et psychopathies (P. TENCONI), 504.
- (troubles) et relations avec les états crépusculaires et hypersomniques (H. STADLER), 504.
- Hypophyse** (l') dans la maladie de Basedow (C. WEGELIN), 697.
- Hypothalamus** et troubles de la personnalité (Bernard-J. ALPERS), 340.
- Incohérence** (sur la localisation de l') au délire (J. VIE et RAUCOULE), 616.
- Infirmités physiques** et vie psychique (H. MENG), 507.
- Insuline** et le cardiazol (thérapeutique par l') (Paul ABÉLY), 904; (G. VILLEY et J.-F. BUVAT), 908; — en Algérie (A. POROT, AUBIN, VALLET et SUTTER), 906.
- et camphre dans la thérapeutique des maladies mentales (A. FOZ), 958.
- (thérapeutique par l') dans la schizophrénie (H. H. REESE et A. van der VEER), 958.
- Insulinique** (traitement) de la schizophrénie. Etude du liquide céphalo-rachidien (Th.-A. OTT), 499.
- (choc). Traitement de la schizophrénie (W. EDERLÉ), 511; (M. CONTINI), 511.
- (choc). Une complication rare (C.-B. MOLONY et M.-S. HONAN), 511.
- (choc) dans le traitement des psychoses (Robert CHOPLIN), 490; (Luis ORTEGA), 704.
- (thérapeutique) dans les maladies mentales (Vito FARELLO), 704.
- (traitement). Progrès récents (H. PALLER STRECKER), 704.
- (thérapeutique). Mécanisme de la cure (Rudolf FREUDENBERG), 705.
- (choc). Traitement des schizophrénies (Salomon KATZENELBOGEN, Herbert E. HARMS et DEAN A. CLARK), 705; (H. FRØSHAUG et H. THOMSTAD), 706.
- (choc). Nouveaux éléments d'appréciation dans le traitement de la schizophrénie (G. LANGFELDT), 706.
- (choc). Physiopathologie motrice (H. EY et D. COLOMB), 883.
- Insulinothérapie** intra-veineuse (BARDENAT et LEONARDON), 220.
- Accidents (R. BOULTN), 509.
- en psychiatrie (Antonio FOZ, Innocencio B. ANSALDI, Nicolas A. VITA et José A. ORDONEZ), 510.
- (H. EY, D. COLOMB et BERNARD), 894; (PORO, BARDENAT et LÉONARDON), 896.
- comatogène et cardiazolthérapie convulsivante (P. COURBON et ASSUAD), 929.
- Intelligence** (essai de représentation concrète du processus physiologique de l') (DESSAGNE), 345.
- Involution** (syndrome dépressif d'). Disparition après une asphyxie et des brûlures (P. COURBON et J. PERRIN), 89.
- (psychoses d'). Hérédobiologie (Karl BROCKHAUSEN), 169.
- Ischémie cérébrale** et troubles mentaux (F. A. PRICKWORTH), 339.

## J

- Jalousie** (délire de) paranoïaque (A. VEDRANI), 166.  
— et criminalité (Aug. LEY), 336.  
— (G. SCHMITZ), 342.

## K

- Korsakow** (psychose de). Lésions hypothalamiques (S. KÖRNYEY et H. SÆTHRE), 350.  
— — — avec polynévrite au cours d'une septicémie post-puerpérale (M. MAERE), 478

## L

- Langue** nouvellement acquise et langue de l'inconscient (I. VELIKOWSKY), 345.  
**Leucodystrophie** progressive avec corps métachromatiques (L. van BOGAERT et A. de WULF), 331.  
**Lobe frontal droit**. Oligodendrogliome opéré (P. MARTIN), 685.  
**Lobes préfrontaux**. Destruction traumatique bilatérale (H. BAONVILLE, J. LEY et J. TITECA), 38.  
— — — Technique d'Egag Moniz modifiée (A.-R. FIAMBERTI), 517.  
**Lobstein** (maladie de) avec idiotie congénitale (André BARBÉ et Jean DELAY), 229.  
**Loi du 30 juin 1838** (centenaire de la). Opinion d'un étranger (C. FERRIO), 725.

## M

- Macrogénitosomie** précoce au cours d'un syndrome de Forster (GARCIN), 682.  
**Malades mentaux** (reclassement des) (G. VERMEYLEN), 489.  
**Malaria** provoquée (temps d'incubation de la) (Th. OSTREM), 513.  
**Maliariathérapie** dans la paralysie générale (Vittorio MARTINENGO), 710.  
**Manie** et inspiration musicale (R. PAULY et H. HECAEN), 389.  
**Masturbation** et autocastration au cours d'une affection paranoïde (J. SUSMAN GALAN), 342.  
**Méconnaissance** des personnes (Werner SCHEID), 166.  
**Médiateurs chimiques** (Z. BACQ), 683.  
**Medico-pédagogique** (centre) de dépistage des anomalies infantiles (Leonidio RIBEIRO), 506.

**Médullaire** (paroi) dans la pellagre, l'hydrocéphalie et la syringomyélie (QUERCY et de LACHAUD), 949.

**Mélancolie involutive**. Tares héréditaires dans la parenté immédiate (Hélène SCHNITZENBERGER), 170.

— d'involution. Traitement par la theeline (Purcell G. SCHUBE, M.-C. Mc MANAMY, C.-E. TRAPP et G.-F. HOUSER), 509.

— anxieuse chez une causalgique (Laignel-LAVASTINE, GALLOT et PAUGAM), 626.

**Mélancolique** (dépression). Traitement par le chlorure de calcium (Andres ESCUTI), 508.

**Mélanome** malin. Métastase endocrinienne (J.-E. PAILLAS et A. VOLPIATTO), 697.

**Méningiome** intraventriculaire (CHRISTOPHE et DAVID), 680.

**Méningiomes latents** (J. LHERMITTE, Th. de MARTEL et GUILLAUME), 950.

**Méningite** aiguë et traumatisme (Pierre DEWILLER), 519.

**Méningo-encéphalite** saturnine (H. BAONVILLE, J. LEY et J. TITECA), 338.

**Mentalité** haïtienne (Louis MARS), 337.

**Mésenchyme** (stimulation cytotoxique du) dans la paralysie générale et la schizophrénie (J. FRUMKIN, Mme R. GRAGUEROVA, I. MIZROUCHIN, I. ZAVILIANSKI, P. LASKAVY et S. POLINKOVSKI), 709.

**Métabolisme** des hydrates de carbone et maladies pancréatiques (E. ZARA), 501.

— des protéines dans les psychoses et pathologie rénale (A. de MARCO), 501.

— cérébral. Effets de l'insuline, du métrazol et du camphre (S.-B. WORTIS), 960.

**Métapsychoses**. Télépathie, hantise (Thomas BRET), 690.

**Migraine**. Traitement par le tartrate d'ergotamine (Henri (SCHAEFFER), 717.

**Musculaire** (hypertrophie) généralisée chez un nourrisson (MOLLARET), 682.

**Musculaires** (fibres). Variétés dans la musculature du squelette (Gunnar WOHLFART), 496.

**Musée** psycho-pathologique (Jacques VIÉ et Gaston FERDIÈRE), 430.

**Mutilations** (auto-) et phlegmons provoqués (Jacques DELMONT), 98.

**Myélite** nécrotique aiguë à forme pseudo-tumorale (H. ROGER, Y. POURSIENES et J. BOURDOURESQUES), 159.

**Myoclonies** du voile et du larynx (RADERMECKER), 684.



**Myorhythmies** des ailes du nez (Paul MORIN), 951.

**Mythe** (le) de l'Ichic-Ollco dans la gè-nèse d'un crime (José Max ARNILLAS ARANA), 524.

**Myxœdème** infantile (greffe de thyroï-de humaine dans le) (R. LE FORT), 505.

## N

**Narcolepsie** familiale (I. SCHUMACHER), 172.

**Narcose** continue dans le traitement des troubles mentaux (Harold A. PALMER), 515.

— prolongée en psychiatrie (M. J. SE-NEJSKI et E. S. FELDMANN), 515.

**Neuro-anémies** tropicales (D.-V. AFANA-SIEV), 493.

**Neuro-chirurgie** (Stefano d'ESTE et Pierre VARENNA), 516.

**Neuro-fibromatose** centrale et ménin-giomes multiples (A. PUCA), 350.

**Neuro-psychiatrie** infantile (précis de) (Gilbert ROBIN), 587.

**Névrite** post-traumatique ascendante (BARRÉ et KALABERT), 472.

**Névroglie**, neurones et fibre conjonc-tive (QUERCY et de LACHAUD), 949.

**Noyau rouge** (lésion ancienne du) (Georges GUILLAIN, Ivan BERTRAND et Jacqueline GUILLAIN), 694.

## O

**Œdème** cérébral et stase papillaire chez un hypertendu (Th. ALAJOUA-NINE et THUREL), 951.

**Oligophrénie** légère (insuffisance psy-chique sur fond d') (E. GOLDKUHL), 486.

— phénylpyruvique (George A. JEN-VIS), 502.

**Or** (sels d') et cardiazol (M. HYVERT), 841.

**Oreiller** (phénomène de l') psychique (D. ANGRISANI), 342.

**Orientation** professionnelle des mi-neurs délinquants (Raymond LAL-LAU), 691.

**Oxycarbonée** (intoxication) aiguë. Trou-bles mentaux prolongés (CORNU, A. DEVIC et M. POROT), 533.

— (intoxication) mortelle. Hémiplé-gie tardie (J. LHERMITTE, MONNIER-VI-NARD et de AJURIAGUERRA), 950.

**Oxygène** (inhalation d') pour la réduc-tion des symptômes post-encéphalo-graphiques (Robert S. SCHWAB), 516.

## P

**Paludéenne** (psychose) (G. CARNAVELI), 339.

**Paralysie** radiale d'origine corticale (BERGERET), 683.

— amyotrophique post-traumatique avec fibrillations sans contracture (J. BARRÉ et A. CHARBONNEL), 951.

**Paralysie** générale traumatique ou commotion cérébrale chez un syphi-litique (Xavier ABÉLY, BOUVET et CARRÈRE), 93.

— — traitée par la malaria et le sto-varsol sodique (M. FEUILLADE), 406.

— — et hémorragies méningées. Hé-matome intraarachnoïdien (Inocen-cio B. ANSALDI), 495.

— — Réaction de sédimentation (K.-H. FREMMING et J. MADSON), 500.

— — juvénile. Malaria-thérapie (I. STRÖM), 513.

**Paralytiques** généraux impaludés à Burghölzli-Zurich (E. ESCHER), 710.

**Paramyoclonus** multiplex et neurosy-philis (Samuel M. WEINGROW), 176.

**Parapsychiatriques** (états) (F. GORRITI), 168.

**Pariétal** (syndrome) avec mouvements forcés et hallucinations visuelles (G. de MORSIER et R. BROCCARD), 171.

**Parkinsonien** (syndrome) fruste débu-tant par des troubles de l'écriture (Th. ALAJOUANINE et THUREL), 951.

**Passionnel** (délire) de thérapeute (X. ABÉLY, BOUVET et CARRÈRE), 803.

**Passionnels** (états) à thème commun de dépossession et de formes différen-tes (G. HEUYER et NEVEU), 808.

**Pellagre** (Giogo FURTADO), 688 ; (Mau-rice DEPRECQ), 689.

**Pensée** préconsciente. Essai d'une psy-chologie dynamiste (C. KONCZEWSKI), 481.

**Pensionnat** (demi-) pour malades psy-chiques (A.-D. DGEAGAROV), 702.

**Persécuté** muet (Paul LAMBERT), 689.

**Personnalité** des femmes alcooliques (Frank J. CURRAN), 341.

**Peur** (la) chez l'enfant (Hilde KRAMP-FLITSCHER), 343.

**Phrénasthéniques** (capilloroscopie chez les) (Eleogardo B. TROILO), 503.

**Pick** (maladie de). Psychopathologie (Kurt GOLDSTEIN et SIEGFRIED E. KATZ), 340.

**Pithiathiques** (accidents) simulant l'état comitial (BRISSET et BUTZ-BACH), 474.

**Pituitaire** (insuffisance) et schizophré-nie (Mares CAHANE et Tatiana CAHA-NE), 214.

Poils (développement des) et hormones (A. DESAUX), 700.

Polio-encéphalites subaiguës primitives (J. LAFON), 487.

Poliomyélite. Anatomie (NAYRAC), 473. — chronique. Poliomyélopathie (Albert-T. STEEGMANN), 495.

Polynévrite sensitivo-motrice avec ataxie cérébelleuse et hyper-albuminose (L. LARUELLE, L. MASSION et J. MOLDAVER), 477.

— par l'urilone (Mme RADERMECKER), 477.

Polyradiculonévrite avec dissociation albumino-cytologique chez une démente précoce (LHERMITTE et SUTTEL), 233.

Polyradiculonévrites. Clinique et anatomie (MAGE), 332.

Potomanie (Pasteur VALLÉRY-RADOT, Jean DELAY et Paul MILLIEZ), 320.

Préhension forcée (phénomènes de) et d'agrippement (L. LARUELLE et L. MASSION), 477.

Prostate (hypertrophie de la). Traitement endocrinien (Paul NIELHANS), 505.

Psychanalyse (le médecin catholique devant la) (Paul COSSA), 347.

— (J. de BUSSCHER), 683.

Psychiatrie chez les Noirs (H. AUBIN), 1, 181.

— (la) dans l'Amérique du Sud (Honorio DELGADO et J.-O. TRELLES), 567.

— (la) dans la législation civile (Nerio ROJAS), 692.

— et hôpitaux psychiatriques à Mexico. Historique (Samuel RAMIREZ MORENO), 703.

Psychique (fonction) de relation et de régulation (Henri ARTHUS), 714.

Psychologie expérimentale en médecine (Berthold STOKVIS), 482.

Psychologique (l'année) (H. PIÉRON), 479.

Psychopathes. Etudes sur la population française (G. ICHOCK), 701.

Psychopolynévrite. Syndrome de Korsakoff au cours d'une suppuration pulmonaire (H. ROGER et J. BOUTOUBESQUE), 293.

Psychose hallucinatoire chronique (Alberto ROSTAN), 341; (Paul COSSA), 357.

Psychoses. Mécanismes névrotiques (J. PICARD), 168.

— associées à l'hypertension, à l'artério-sclérose et à l'insuffisance cardiaque (W. MAYER-GROSS), 339.

— familiales associées aux désordres endocriniens (T.-A. MUNRO), 503.

Pyréthérapie par abcès de fixation (A. DESCHAMPS et M. CHRABOLOWSKA), 711.

## R

Radiculo-médullaires (compressions) par hernie vertébrale (P. MONAQUE), 489.

Ramollissements cérébraux et cérébelleux chez une femme de 33 ans (L. MARCHAND, G. DEMAY et Jean NAUDASCHER), 628.

Rééducation psycho-physique (L. LAMY et Elise van DANTZIG), 713.

Régime alimentaire dans le traitement des affections mentales (Enrique Roxo), 714.

Régression mentale infanto-juvénile (D. CASAVOLA), 493.

Religieuse (constitution) (F. GORRITI), 168.

Respiration et catatonie (Mario de Mennato et Mario d'ARRIGO), 498.

Responsabilité pénale. Conception nouvelle (C. VASILIU), 526.

Roentgenothérapie des gliomes (I.-M. TARLOV), 516.

Rorschach (diagnostic de) et délinquance (Julio ENDARA), 177.

— chez les amputés (M. MALHER SCHOENBERGER et I. SILBERPFENNIP), 345.

— en criminologie (Luiz de PINA), 523.

Rougeole (encéphalomyélite compliquant la) (N. MALAMUD), 495.

## S

Saturnine (quadruplégie) avec paralysie laryngée (ALAJOUANINE, AUBRY, THUREL et Mlle Vogt), 682.

Schizophrènes traités par la méthode de von Meduna (W. MEYER), 708.

Schizophrénie chez un enfant (Léon REZNIKOFF), 162.

— (le syndrome organo-névropathique dans la) (GERZBERG), 163.

— (états hypo et adynamiques dans la) (GERZBERG), 163.

— (réaction psychogène avec atteinte antérieure de) (F.F. DETENHOF et D.C. OZERETZKOWSKY), 164; (Gonzalo BOSCH), 341.

— Etats terminaux (A. EDELSTEIN), 484.

— Métabolisme de l'oxygène (R.G. HOSKINS), 503.

— Historique des thérapeutiques (M. BOSS), 510.

— Nouveau traitement (M. OLIVIER, Mme CHEVALIER-GAZAGNOL et J. BRZEZINSKI), 510.

— Thérapeutique convulsivante (Alexander KERNEDY), 512.

- Traitement « irritatif » (Emerick FRIEDMAN), 512.
- Genèse du traitement de la par le cardiazol (Ladislaus von MEDUNA), 546.
- Origine du traitement par le choc insulinaire (M. SAKEL), 704.
- Traitement hypoglycémique (A.-A. W. PETRIE), 705.
- Traitement par l'insuline (T. KAZMIERSKI), 706 ; (W. BRUHL, Z. KANYGOWSKI et J. OLSZEWSKI), 707.
- et rémissions après insulinothérapie (M. L. PRESS), 707.
- Résultats de la thérapeutique convulsivante (DELMAS-MANSALET, BERGOGNAN, LAFON et VALLAT), 708.
- Importance du traitement calcique (K. MIKULSKI), 709.
- Traitement par le shock pharmacologique (I. MURRAY-ROSSMAN et W.-B. CLINE), 959.
- (complications au cours du traitement de la) par les chocs insulinaires (B. BORNSTEIN et J. REICHAN), 959.
- (hémorragie subarachnoïdienne au cours du choc thérapeutique dans la) (H. FREED et Ch.-W. WOFFORD), 960.
- Signification de la convulsion épileptique dans le traitement par l'insuline et le cardiazol (L. von MEDUNA et M. SAKEL), 961.
- Schizophréniques** (états). Traitement par le coma insulinaire (Paul GUYOT), 511.
- Sciatiques** (traitement des) par les injections locales (P. DESCOMPS et S. de SÈZE), 715.
- Sclérodermie** et anémie pernicieuse (MOREAU), 332.
- Sclérose en plaques**. Troubles psychiques. Cas médico-légaux (F. KACZANOWSKI), 520.
- — — Traitement par le sérum humain normal (E. STRANSKY), 713.
- Sclérose latérale amyotrophique**. Troubles de la sensibilité (P. CORAZZI), 176.
- Sclérose multiple** (nature des « cellules argentiques » dans la) (Nathan BLACKMAN et Tracy J. PUTNAM), 698.
- Sclérose tubéreuse** (GARCIN), 159 ; (L. BABONNEIX), 325.
- Sénile** (démence). Suite d'infection « grippale » (Juan Martin E. GONZALEZ), 170.
- Sensibilité vasculaire**. Passage par les ganglions sympathiques (J. TINEL et G. UNGAR), 694.
- Sérothérapie** antipoliomyélitique, sérum de Pettit S.A.P. (Adolfo CASASSA), 713.
- Service ouvert**. Définition (G. DAUMÉZON), 126.
- Signe du poignet figé** et manœuvre de Froment (G. FERDIÈRE), 118.
- Simmonds** (maladie de) et anorexie mentale (H. STÉVENIN et R. GAUBE), 699.
- Sinus carotidien** (réflexe du), syncope et convulsions (A. S. FREEDBERG et LE ROY, H. SLOAN), 349.
- Sismothérapies** anciennes et modernes en psychiatrie (P. COURBON et J. PERRIN), 933.
- Sociales** (les conduites) (P. JANET), 955.
- Société Médico-Psychologique**. Liste des Présidents, Secrétaires généraux et Trésoriers, 59.
- — — Bureau pour 1939, 61.
- — — Liste des membres, 61.
- — — Décès du Professeur Charles BLONDEL, 263.
- — — Décès du Professeur Joannès MARTIN, 264.
- — — 6<sup>e</sup> Réunion européenne d'Hygiène mentale, 770.
- — — Décès du D<sup>r</sup> LEGRAIN, 823.
- — — NOMINATIONS. *Membres associés étrangers* : Marcos VICTORIA, 117 ; HANDELSMAN, 640.
- — — *Membres titulaires non résidents* : H. ROGER, 262.
- — — *Membres titulaires résidents* : BEAUSSART, GAUTHIER, LE SAVOUREUX, 262 ; DUBLINEAU, 639.
- — — *Membres correspondants nationaux* : Joseph ALLIEZ, Jean DELAY, Pierre ROYER, 263 ; BARDENAT, ROUGEAN, FORTINEAU, 438 ; SUTTER, MEDVEDEFF, 823.
- Sosie** (illusion de). Polynévrite et sclérose médullaire chez une alcoolique (MARTIMOR et Mlle JOUANNAIS), 785.
- Spasme clonique** des muscles du sciatique poplité externe (SOUQUES), 680.
- Sprue**. Troubles neuro-psychiques (D. V. AFANASIEV), 494.
- Stovarsolthérapie** de la paralysie générale (L. MARCHAND), 710.
- Strié** (syndrome) de l'enfance (J. LHERMITTE, Mlle BOUCABEILLE et M. CAHEN), 326.
- Strychnine** (la) chez les épileptiques (P. HARTENBERG), 310.
- -gardénal (l'association) dans l'épilepsie chez les enfants anormaux (BRISSET, J. MAILLEFER et J. BUTZBACH), 313.
- Suicide** (tentative de). Section du médian et des artères du poignet (LAINEL-LAVASTINE, H.-M. GALLOT et M. FELD), 791.
- Surmenage intellectuel** et schizophrénies (L. FROMENTY), 755.



- Sylvienne** (artère). Ramollissements (A. TARABINI), 174.
- Sympathectomie** et résistance électrique de la peau (Curt P. RICHTER et Maurice LEVINE), 498.
- Symphicectomies** péripancréatiques expérimentales (M. GARIPUY), 505.
- Sympatholytiques** (les) en thérapeutique (Jeanne LÉVY et L. JUSTIN-BESANÇON), 712.
- Syphilis nerveuse** aux Indes néerlandaises (P.-M. van WULFFTEN-PALTHE), 171.
- Syringomyélobulbie** avec syndrome de Gerhardt (G. GUILLAIN et Ch. RIBAUDEAU-DUMAS), 160.

## T

- Tabes dorsalis** affections systématiques associées au (Charles DAVISON et Harold KELMAN), 352.
- . Cordotomie pour douleur rebelle (Edgar A. KAHN et Burton F. BARNEY), 518.
- Test** pour examen de l'imagination de l'enfant (W. STERN), 344.
- Testostérone** (action sédative de la) dans les états d'excitation chez la femme (P. GUIRAUD et R. SORRA), 464.
- Tests** P.V. dans un groupe scolaire parisien (Mmes ROUDINESCO et VIOLET), 329.
- non verbaux de Penrose pour le raisonnement logique (A.P.L. BELEY), 344.
- Tétanie** spontanée grave (Emile SERGENT et Henry MAMOU), 700.
- Tétanos** splanchnique (Ch. SARROUY et VIALA), 519.
- Thérapeutiques**. Méthodes de Sakel et von Meduna (COSSA et BOUGEANT), 139.
- Thyroïde** (corps). Fonction régulatrice des centres infundibulaires (Mares CAHANE et Tatiana CAHANE), 699.
- Thyroidienne** (Chirurgie) inutile (H. WELTI et Roland LEVEN), 717.
- Tiqueur**. Autopugilisme réactionnel à une paresthésie (LAIGNEL-LAVASTINE, GALLOT et PAUGAM), 624.
- Torticolis spasmodique** (KREBS), 680.
- Traumatiques** (processus). Evolution (S. L. CETLINE et A. S. EFROS), 519.
- (lésions) frontales, temporales et méningiome parasagittal (P. MARTIN et L. van BOGAERT), 685.
- Traumatisme** crânien et tumeur cérébrale (L. LARUELLE et L. MASSON-VERNIORY), 685.

- Traumatismes** psychiques (états réactifs liés aux) (E. A. CHEVALEV), 170.
- crâniens. Troubles mentaux consécutifs (C.-P. SYMONDS), 340.
- crâniens. Traitement des désordres affectifs secondaires (Francis PILKINGTON), 514.
- Traumatismes** cérébraux. Diagnostic et traitement (Clovis VINCENT), 517.
- Travestissement** (Mme MASSON), 132.
- tardif (J. LÉVY-VALENSI, H. PÉQUIGNOT et F. PASCHE), 770.
- Tremblement** antagoniste chez un paralytique malarisé (J. TITECA), 333.
- Trijumeau** (névralgie du) par angiome sphénoïdal (Cl. VINCENT et BRÉGEAT), 681.
- (transmission des sensations douloureuses par le). Traitement chirurgical (Olaf Sjöqvist), 716.
- Tumeur** frontale et oligophrénie (MASAUT), 333.
- kystique du troisième ventricule contenant une matière colloïde (Howard ZEITLIN et Ben W. LICHTENSTEIN), 497.
- Tumeur** cérébrale. Syndrome neurologique terminal rapide (L. MARCHAND et R. DUPOUY), 634.
- Tumeurs** de la fosse postérieure sans œdème papillaire (Ira COHEN), 173.
- subectoriales (V.-E. VENTURA), 174.
- (petites) sous-cutanées hyperalgiques (Henri ROGER et Joseph ALLIEZ), 350.
- pulmonaires. Métastases cérébrales (G. FATTOVICH et P. LENTI), 350.
- Tumeurs** cérébrales à forme mentale prolongée (H. ROGER, M. ARNAUD et J. PAILLAS), 284.

## U

- Uraniste** (étiologie) (Léonardo Philips MULLER), 167.

## V

- Vaccinaux** (accidents post-) (MAGE), 332.
- vagotonine** (la) dans la névrose d'angoisse (J. TINEL), 242.
- Végétatif** (système) neuro-vasculaire. Réactions dans trois psychoses (P. CHATAGNON, Mme Th. Brosse, P. SCHERRER et Mlle C. CHATAGNON), 248.
- Végétative** (vie) et psycho-affective étudiée à l'aide de stimulants biologiques (G. REALE), 498.

Ventricule (fausses amputations du 3<sup>e</sup>)  
(Clovis VINCENT et LE BEAU), 681.

Ventricules latéraux (tumeurs des).  
Pneumographie (Harden ASKENASY),  
172.

Vérité et appareil « indicateur de  
mensonges » (John A. LARSON, Alan  
CANTY et Claude BROOM), 524.

Vertébral (nerf) et traitement opéra-  
toire des états vasculaires du cer-  
veau et du membre supérieur (R. LE-  
RICHE), 716.

Vertus abusives (A. POROT), 687.

Vestibulaires (lésions). Réactions oto-  
lytiques (BARRÉ), 682.

Vie (Péclosion d'une) (Gina LOMBROSO  
FERRERO), 957.

Vomissement (le), symptôme précoce  
des tumeurs cérébrales postérieures  
(Th. de MARTEL et J. GUILLAUME),  
173.

## W

Wassermann (réaction de) dans les  
maladies non syphilitiques avec  
impaludation (P. TENCONI), 501.

## Z

Zona. Traitement par la Vitamine B<sub>1</sub>  
(MASQUIN), 473.

# TABLE ALPHABÉTIQUE DES NOMS D'AUTEURS <sup>(1)</sup>

## A

- ABELES (M.-M.). V. *Schneider*.  
 ABÉLY (P.). *Discussion*, 150.  
 —. Le traitement actuel de la démence précoce et d'autres psychoses par l'insuline et le cardiazol, 555.  
 —. Thérapeutique par l'insuline et le cardiazol, 904.  
 ABÉLY (X.), BOUVET et CARRÈRE. Paralyse générale traumatique ou commotion cérébrale chez un syphilitique, 93.  
 —. *Discussion*, 107, 129, 458, 470, 790.  
 —. BOUVET et CARRÈRE. Pseudo-amnésies rétrogrades totales, 411.  
 —. BOUVET et CARRÈRE. Délire passionnel de thérapeute, 803.  
 AFANASIEV (D.-V.). Les neuro-anémies tropicales, 493.  
 —. Troubles neuro-psychiques au cours de la sprue, 494.  
 —. Fièvre provoquée par les tiques sur les affections nerveuses et psychiques, 711.  
 AINAUD (E.). L'éducation artistique à l'école, 346.  
 AJURIAGUERRA. V. *Lhermitte*.  
 —. V. *Marchand*.  
 ALAJOUANINE et MIGNOT. Un cas d'agénésie datant de 20 ans, 328.  
 —. AUBRY, THUREL et VOGT (Mlle). Une quadriplégie d'origine saturnine s'accompagnant de paralysie laryngée, 682.  
 — et THUREL. Œdème cérébral et stase papillaire chez un hypertendu, 951.  
 — et THUREL. Syndrome parkinsonien fruste débutant par des troubles de l'écriture, 951.  
 ALLIEZ (Joseph). V. *Roger*.

- ALPERS (B.-J.). Troubles de la personnalité, 340.  
 ANGRISANI (D.). Le phénomène de l'oreiller psychique, 342.  
 ANNÉE (P.). V. *Le Grand*.  
 ANSALDI (I.-B.). Paralyse générale et hémorragies méningées, 495.  
 —. Liquide céphalo-rachidien ventriculaire et spinal, 500.  
 —. V. *Foz*.  
 APPLETON (P.). Le droit médical, 694.  
 ARNAUD (M.). V. *Roger*.  
 ARNILLAS ARANA (J.-M.). Le mythe de l'Ichic-Orleo dans la genèse d'un crime, 524.  
 ARTHUS (H.). La fonction psychique de relation et de régulation, 714.  
 ASCHIERI (G.). Syndrome schizophrénique consécutif à une brucellose, 164.  
 ASKENASY (H.). Modifications pneumographiques des tumeurs des ventricules latéraux, 172.  
 ASSUAD. V. *Courbon*.  
 AUBIN (H.). L'étude de la psychiatrie chez les noirs, 1. 181.  
 —. V. *Porot*.  
 AUBRY. V. *Alajouanine*.

## B

- BAONVILLE (H.), LEY (J.) et TITECA (J.). Démence progressive par atrophie corticale, 954.  
 BABONNEIX (L.). Sur la sclérose tubéreuse, 325.  
 — et LHERMITTE (J.). Lésions histologiques de la chorée aiguë, 472.  
 —. Chorée prolongée, 679.  
 BACQ (Z.). Les médiateurs chimiques, 683.

(1) Les chiffres en caractère **gras** correspondent aux MÉMOIRES ORIGINAUX et aux COMMUNICATIONS à la Société Médico-Psychologique.

- BAIZE (M.-P.). Etiologie et traitement de l'énurésie, 715.
- BAONVILLE (H.), LEY (J.) et TITECA (J.). Destruction traumatique bilatérale des lobes préfrontaux, 38.
- , LEY (J.), TITECA (A.) et TITECA (J.). L'insuline et le cardiazol dans le traitement de la démence précoce, 331.
- , LEY (J.) et TITECA (J.). Méningo-encéphalite saturnine, 338.
- BARBÉ (A.) et DELAY (J.). Maladie de Lobstein avec idiotie congénitale, 229.
- BARNEDAT et LÉONARDON. L'insulinothérapie par voie endo-veineuse, 220.
- , V. Porot.
- BARGUES, CORCELLE et BERTHON. La pupille et le fond d'œil au cours des crises convulsives provoquées par le cardiazol, 829.
- BARISON (F.). Gastrogrammes des déments précoces mérycistes, 164.
- BARNEY (B.-F.). V. Kahn.
- BARRÉ (J.). Immobilisation soudaine d'attitude du membre supérieur. Signe de localisation frontale, 160.
- et KABAKER. Névrite motrice ascendante, 472.
- , Réactions otolytiques chez un sujet atteint de lésions vestibulaires, 682.
- et CHARBONNEL (A.). Paralyse amyotrophique post-traumatique avec fibrillation, sans contracture, 951.
- BARUK. *Discussion*, 252, 417, 783.
- et RACINE (M.). Bloc septo-ventriculaire gauche dans un cas d'hallucinations psychiques, 448.
- et RACINE (M.). L'électrocardiographie dans les maladies mentales, 424.
- , LABONNÉLIE et LEURET (Mlle). Psychoses hyperfolliculiniques en clinique humaine, 446.
- , V. Welti.
- et ZAPHIROPOULOS (M.-L.). Les guérisons dans les états dits de « démence précoce » en dehors des thérapeutiques de choc, 947.
- BEAUDOUIN. V. Lhermitte.
- BELEY (A. P. L.). La « débilité mentale », 420.
- , Mesure du raisonnement logique par les tests non verbaux de Penrose, 344.
- BELLINGIONI (R.). Psychoses jumeaux, 161.
- BEERMAN (H. Marvin). V. Glaser.
- BENVENUTI (M.). Assistance hospitalière neuro-psychiatrique, 702.
- BERGERET. Paralyse radiale d'origine corticale, 683.
- BERGOUIGNAN. V. Delmas-Marsalet.
- BERNARD. V. Ey.
- BERSOT (H.). V. Desruelles.
- BERTHON. V. Burgues.
- BERTRAND (I.). V. Guillain.
- BIÉMOND (A.). Malformation de l'écorce cérébrale avec synotose prénatale du crâne, 696.
- BILLIG (O.). Apparition familiale de nanisme et d'épilepsie, en rapport avec des lésions diencéphaliques, 351.
- BLACKMAN (N.) et PUTNAM (T. J.). Les cellules argentiques dans la sclérose multiple, 698.
- BLEULER (E.). Ambivalence, 165.
- BOGAERT (L. van) et WULF (A. de). Les maladies de la substance blanche. La leucodystrophie progressive, 331.
- , V. Martin.
- , Dégénérescence pigmentaire pallido-nigrique, 949.
- BOMPART (Et.). V. Laroche.
- BONHOMME. *Discussion*, 98, 458.
- BONNET (F.). V. Rojas.
- BORNSTEIN (B.) et REICHAN (J.). Complications du traitement de la schizophrénie par les chocs insuliniques, 959.
- BORYZOWICZ (J.). Traitement de l'encéphalite épidémique chronique par le procédé dit Bulgare, 715.
- BOSCH (G.). Schizophrénie, 341.
- BOSS (M.). Les principes de la schizophrénie au point de vue historique, 510.
- BOUCABELLE (Mlle). V. Lhermitte.
- BOUGEANT. V. Cossa.
- BOULIN (R.). Accidents provoqués par l'insulinothérapie, 509.
- BOURDOURESQUES (J.). V. Roger.
- BOUVET. V. Abély (X.).
- BRADLEY (Charles). La benzédrine chez les enfants, 513.
- BRANDER (T.). L'accouchement prématuré dans la genèse de certaines affections cérébrales, 701.
- BRÉGEAT. V. Vincent.
- BRET (Thomas). Les métapsychoses, la métapsychorragie, la télépathie, la hantise, 690.
- BRINGEL (R.). Quelques cas d'encéphalopathie anémique, 171.
- BRINGAS NUÑEZ (Exequias). Démence précoce et schizophrénie, 162.
- BRISSET. *Discussion*, 312, 320, 642.
- , MAILLEFER (J.) et BUTZBACH (J.). L'association strychnine-gardénal dans le traitement de l'épilepsie chez les enfants anormaux, 343.
- et GRAVEJAL (Mlle). Cyclothymie et schizophrénie, 328.
- , MISSET et MAILLEFER (J.). Maladie exostosante héréditaire et familiale chez un jeune arriéré, 439.
- et BUTZBACH. Accidents pithiatiques chez un jeune déséquilibré, 474.

- BROCCARD (R.). V. *Morsier*.  
 BROCKHANSEN (K.). Psychoses d'invololution, notamment dans les mélancolies pures, 169.  
 BROOM (C.). V. *Larson*.  
 BROUSSE (Mme Th.). V. *Chatagnon (P.)*.  
 BROUSTET (P.). Les hypertensiones d'origine endocrinienne, 701.  
 —. V. *Mauriac*.  
 BRUHL (W.), KANIGOWSKI (Z.) et OLSEWSKI (J.). Nouveaux résultats du traitement de la schizophrénie par l'insuline, 707.  
 BRZEZINSKI (J.). V. *Olivier*.  
 BUSCAÏNO (V. M.). Histopathologie et biochimie du système nerveux des déments précoces, 352.  
 BUSSCHAERT. Atrophie cérébelleuse chez l'enfant, 332.  
 BUSSCHER (J. de). A propos de psychanalyse, 683.  
 BUTZBACH (J.). V. *Brissot*.  
 BUVAT (J.-F.). V. *Dupouy*.  
 —. V. *Villey*.
- C**
- CAHANE (M.) et CAHANE (T.). Insuffisance pituitaire et schizophrénie, 244.  
 —. Influence du dinitrophénol sur le glycogène, 503.  
 — et CAHANE (T.). Les centres nerveux infundibulaires réglant la fonction thyroïdienne, 699.  
 CAHANE (T.). V. *Cahane (M.)*.  
 CAHEN (M.). V. *Lhermitte*.  
 CAMERON (D.-E.). Hypoglycémie insulinique dans la schizophrénie, 959.  
 CANIVET (Mme). V. *Ombredane*.  
 CANTY (A.). V. *Larson*.  
 CARNAVELI (G.). Psychose paludéenne, 339.  
 CARRÈRE. V. *Abély (X.)*.  
 CARRETTE. *Discussion*, 88, 228.  
 CARRIER (J.). V. *Larrive*.  
 —. V. *Marchand*.  
 CARTER (H. R.). Herpès zoster consécutif à la ponction lombaire, 177.  
 CARTNEY (J. L. Mc.). L'hypnose, forme rationnelle de psychothérapie, 514.  
 CASASSA (A.). La sérothérapie antipoliomyélitique d'origine animale dans la thérapeutique humaine, 713.  
 CASAVOLA (D.). Un cas de régression mentale infanto-juvénile, 493.  
 CEILLIER. *Discussion*, 98.  
 CETLINE (S. L.) et EFROS (A. S.). Contribution à l'évolution des processus traumatiques, 519.  
 CHAPOULAUD (J.). V. *Guiraud*.  
 CHARBONNEL. V. *Barré*.  
 CHATAGNON (Mlle C.). V. *Chatagnon (P.)*.  
 CHATAGNON (P.), BROUSSE (Mme Th.), SCHERRER (P.) et CHATAGNON (Mlle C.). Délire hallucinatoire chronique et psychose maniaco-dépressive. Réactions végétatives, 248.  
 —, BROUSSE (Mme Th.), SCHERRER (P.) et CHATAGNON (Mlle C.). Une endocardite végétante à évolution lente, 253.  
 —. *Discussion*, 424, 435.  
 —, SOULAIRAC (A.) et CHATAGNON (Mlle C.). Perturbations endocriniennes dans la physiopathologie mentale, 666.  
 CHAVANY (J.-A.) et PLACA (A.). L'épilepsie dans les tumeurs cérébrales, 491.  
 CHEVALEV (E. A.). Evolution et terminaison des états réactifs liés aux traumatismes psychiques, 170.  
 CHEVALIER-GAZAGNOL (Mme). V. *Olivier*.  
 CHOPLIN (R.). Le choc insulinaire et la convulsivothérapie, 490.  
 CHRISTOPHE et DAVID. Méningiome intraventriculaire, 680.  
 CIAMPI (L.). L'atrophie éthique post-encéphalitique, 338.  
 CLAUDE (H.), LECONTE (M.) et RALLU (G.). Traitement par le cardiazol, 859.  
 CLINE (W.-B.). V. *Murray-Rossman*.  
 CODET (Mme O.). Séméiologie des arriérations affectives, 348.  
 COHEN (I.). Tumeurs de la fosse postérieure sans œdème papillaire, 173.  
 COLOMB (D.). V. *Ey*.  
 COMBY (J.). Les encéphalites aiguës post-infectieuses de l'enfance, 494.  
 CONTINI (M.). Traitement de la schizophrénie par l'insuline, 511.  
 CORAZZI (P.). Les troubles de la sensibilité dans le cadre de la sclérose latérale amyotrophique, 176.  
 CORCELLE. V. *Bargues*.  
 CORNIL (L.), PAILLAS (J.-E.) et HAIMOVICI (H.). Lésions du sympathique caténaire lombaire au cours des artérites des membres inférieurs, 695.  
 CORNU, DEVIC (A.) et POROT (M.). Les troubles mentaux prolongés de l'intoxication oxycarbonée aiguë, 533.  
 COSSA (P.). *Discussion*, 129, 157.  
 — et BOUGEANT. Un an d'application des méthodes de Sakel et von Meduna, 139.  
 —. Le médecin catholique devant la psychanalyse, 347.  
 —. Psychose hallucinatoire. Essai d'interprétation, 357.  
 —, BOUGEANT (H.), PUECH (M.) et SASSI (P.). Complication nerveuse de l'alcoolisme par la strychnine, 508.  
 —. Les formes psychiques pures ou prévalentes de l'hyperthyroïdie, 699.



- COTTE (S.). V. *Wahl*.
- COURBON (P.) et PERRIN (J.). Disparition d'un syndrome dépressif d'involution après une asphyxie et des brûlures, 89.
- *Discussion*, 106, 152, 241, 417, 623, 625, 627, 774, 791.
- et PERRIN (J.). Ankylose des deux coudes. Séquelle de bouffée d'agitation hystérique, 236.
- V. *Marchand*.
- et ASSUAD. Insulinothérapie comatogène et cardiazolthérapie convulsivante, 929.
- et PERRIN (J.). Les sismothérapies anciennes et modernes en psychiatrie, 933.
- CRESPO (C. F.). L'action convulsivante de la coramine en psychiatrie, 513.
- CUPCEA (S.). L'expertise psychologique, 523.
- CURRAN (F. J.). Personnalité des femmes alcooliques, 341.
- D**
- DAGNÉLIE (J.). V. *Lambert*.
- DAUMÉZON (G.). Une définition standard du service ouvert, 426.
- *Discussion*, 156.
- et GUSDORF (G.). Considération sur le mécanisme hallucinatoire d'un amputé délirant, 278.
- DAVID. Astrocytome du Vermis avec crises postérieures et signes cérébelleux, 473.
- V. *Christophe*.
- DAVISON (Charles) et KELMAN (Harold). Affections systématiques associées au tabes dorsalis, 352.
- DELAY (J.). V. *Barbé*.
- V. *Pasteur-Vallery-Radot*.
- DELGADO (H.) et TRELLES (J. O.). La psychiatrie dans l'Amérique du Sud, 567.
- DELHERM (L.) et FISCHGOLD (H.). Irradiation hypophysaire dans le diabète insulino-résistant, 506.
- DELLAERT (R.). Corps jaune et épilepsie, 476.
- DELMAS (A.). *Discussion*, 130, 149, 458.
- DELMAS-MARSALET, BERGOUIGNAN, LAFON et VALLAT. Thérapeutique convulsivante de la schizophrénie, 708.
- DELMOND (J.). *Discussion*, 87, 947.
- Auto-mutilations et phlegmons provoqués dans un membre anesthésique, 98.
- L'image dans le langage schizophrénique, 163.
- DEMAY (G.). *Discussion*, 130.
- V. *Marchand*.
- , SOULAIRAC (A.) et NAUDASCHER (J.). Cardiazol et troubles pulmonaires, 835.
- DEPRECEQ (M.). Etude de la pellagre, 689.
- DESAUX (A.). Action des hormones sur le développement des poils, 700.
- DESCHAMPS (A.). La pyrétothérapie par l'abcès de fixation, 711.
- DESCOMPS (P.) et SÈZE (S. de). Névralgies sciatiques traitées par la méthode des injections locales, 715.
- DESMAREST et LHERMITTE. Réanimation par massage du cœur, 473.
- DESUELLES et BERSOT. L'assistance aux aliénés en Tchécoslovaquie, 703.
- *Discussion*, 902.
- DESSAGNE. Processus physiologique de l'intelligence, 345.
- DETENHOFF (F. F.) et OZERETZKOWSKY (D. C.). Réaction psychogène chez d'anciens schizophrènes, 164.
- DETENHOFF (Th.). L'artériosclérose cérébrale chez des schizophrènes, 164.
- DEVIC (A.). V. *Cornu*.
- DEWILLÉE (P.). Ménigite aiguë et traumatisme, 519.
- DGEAGAROV (A.-D.). Essai d'organisation d'un demi-pensionnat pour les malades psychiques, 702.
- DIDE (M.). *Discussion*, 277, 292, 320.
- De l'athymhormie à la discordance, 298.
- DIMITRI (V.). Artériosclérose du système nerveux, 351.
- DIVRY (P.). Maladie d'Alzheimer ayant évolué comme une maladie de Pick, 476.
- DONNADIEU (A.). Psychose de civilisation, 30.
- DRIEST. V. *Kleist*.
- DUBOIS-POULSEN. V. *Magitot*.
- DUPAIN. *Discussion*, 87.
- DUPOUY (R.), BUVAT (J.-F.) et SAUGUET H.). Innocuité des doses massives d'héroïne par voie intra-veineuse, 459.
- V. *Marchand*.
- DURANDO (P.). V. *Vanelli*.
- E**
- EASTON (N.-L.). Hypoglycémie prolongée, 959.
- EDELSTEIN (A.). Les états terminaux de la schizophrénie, 484.
- EDERLÉ (W.). Traitement de la schizophrénie par le choc insulinique, 511.
- EFROS (A. S.). V. *Cetline*.
- ENDARA (J.). Psychodiagnostic de Rorschach et délinquance, 177.
- ESCHER (E.). Paralytiques généraux impaludés à l'asile de Burghölzli, Zurich, 710.

- ESCUTI (A.). Dépression mélancolique par le chlorure de calcium, 508.  
 ESTE (S. d') et VARENNA (P.). Contribution à la neuro-chirurgie, 516.  
 EY (H.) et COLOMB (D.). La physiopathologie motrice du choc insulinaire, 883.  
 —, COLOMB (D.) et BERNARD. Observations d'insulinothérapie, 891.  
 ERNST. *Discussion*, 291.  
 ESCAT (E.) et ESCAT (M.). Hallucinoses auditivo-visio-cénesthésiques, 381.

## F

- FARIELLO (V.). Thérapeutique insulinaire dans les maladies mentales, 704.  
 FATTOVICH (G.) et LENTI (P.). Métastases cérébrales des tumeurs pulmonaires, 350.  
 — et NICOLAI (N.). La criminalité dans les états psychopathiques initiaux, 523.  
 FELD (M.). V. *Laignel-Lavastine*.  
 FELDMANN (E. S.). V. *Serejski*.  
 FERDIÈRE (G.). Intérêt du « signe du poignet figé » et des manœuvres de Froment en neuro-psychiatrie, 118.  
 —. *Discussion*, 129, 278, 283.  
 —. Etude du dessin chez un aphasique, 265.  
 —. V. *Vié*.  
 FERIN. V. *Schockaert*.  
 FERRIO (C.). Le centenaire de la loi française du 30 juin 1938, 725.  
 FETTERMAN (J. L.) et HALL (V. R.). Mode d'apparition de l'épilepsie, 492.  
 FEUILLADE (M.). 50 cas de paralysie générale traités par la malaria et le stovarsol sodique, 406.  
 FIAMBERTI (A.-R.). Technique d'Egazz Moniz pour les lobes préfrontaux, 517.  
 FILLASSIER (A.). *Allocation*, 111.  
 FINE (J.). V. *Schwab*.  
 FISCHGOLD (H.). V. *Delherm*.  
 FOZ (A.), ANSALDI (I. B.), VITA (N. A.) et ORDONEZ (J.-A.). L'insulinothérapie en psychiatrie, 510.  
 —, ANSALDI (I. B.) et VITA (N. A.). Essai de la méthode de von Meduna, 512.  
 —. L'insuline et le camphre dans la thérapeutique des maladies mentales, 958.  
 FRANCHETEAU (A.). A propos d'une tentative d'homicide, 177.  
 FREED (H.) et WOFFORD (Ch.-W.). Hémorragie subarachnoïdienne au cours du choc thérapeutique dans la schizophrénie, 960.

- FREEDBERG (A.-S.) et SLOAN (Le Roy H.). Rapports des réflexes du sinus carotidien avec la syncope et les convulsions, 349.  
 FREMMING (K.-H.) et MADSON (J.). La réaction de sédimentation dans la paralysie générale, 500.  
 FRENDEBERG (R.). Thérapeutique insulinaire, 705.  
 FRETET (J.). L'érotomanie homosexuelle travestie, 167.  
 FRIEDMAN (E.). Le traitement « irritatif » de la schizophrénie, 512.  
 FROMENTY (L.). Surmenage intellectuel et schizophrénies, 755.  
 FRØSHAUG (H.) et THOMSTAD (H.). Traitement par le choc insulinaire des psychoses schizophréniques chroniques, 706.  
 FRUMKIN (J.), GRAGUEROVA (Mme R.), MIZROUCHIN (I.), ZAVILIANSKIJ (I.), LASKAVY (P.) et POLINKOWSKIJ (S.). Stimulation cytotoxique du mésenchyme dans la paralysie générale et la schizophrénie, 709.  
 FURTADO (D.). Pellagre, 688.

## G

- GALANT (J. S.). Masturbation et auto-castration au cours d'une affection paranoïde schizophrénique, 342.  
 GALLOT (H.-M.). V. *Laignel-Lavastine*.  
 GARCIN. Un cas de sclérose tubéreuse, 159.  
 —. Macrogénitosomie précoce observée au cours d'un syndrome de Forster, 682.  
 GARIPUY (M.). Les sympatricectomies péripancréatiques expérimentales, 505.  
 GAUBE (R.). V. *Stevenin*.  
 GELMA (E.). L'érotisme délictueux de l'homme d'âge mûr et non dément, 522.  
 GÉRAUDEL (E.). *Discussion*, 423, 436.  
 —. Contre-indications cardiaques à la cardiazolthérapie, 825.  
 GERBETZOFF (M.-A.). Les commissures supra-optiques, 478.  
 GERZBERG. Le syndrome organo-névropathique dans la schizophrénie, 163.  
 —. Les états hypo et adynamiques dans la schizophrénie, 163.  
 GLASER (M. A.) et BEERMAN (H. M.). Diagnostic différentiel des lésions du tronc cérébral, 175.  
 GOLDENBERG (M. A.). Psychopathologie de l'épilepsie camphrée dans le traitement de la schizophrénie, 961.  
 GOLDKUHL (E.). Insuffisance psychique sur fond d'oligophrénie, 486.

- GOLDSTEIN (K.) et KATZ (S. E.). La psychopathologie de la maladie de Pick, 340.
- GOLDZIEHER. La gaucherie, 957.
- GONZALEZ (J. M. E.). Démence sénile installée à la suite d'une affection « grippale », 170.
- GORRITI (F.). Etats parapsychiatriques, 168.
- , Constitution religieuse, 168.
- GOT (R.). V. *Leculier*.
- GOURIOU. *Discussion*, 277, 291.
- GRAGUEROVA (Mme R.). V. *Frumkin*.
- GRAVEJAL (Mlle). V. *Brissot*.
- GREEFF (E. de). De l'hormone au comportement humain, 330.
- GRÜNBERG (H.). L'idée de paix comme problème d'éducation, 346.
- GUILLAIN (G.) et RIBADEAU-DUMAS (Ch.). Syringomyélobulbie avec syndrome de Gerhardt, 160.
- , BERTRAND (I.) et GUILLAIN (J.). Etude anatomo-clinique sur une lésion ancienne du noyau rouge, 694.
- , BERTRAND (Y.) et GUILLAIN (J.). Atrophie cérébelleuse et olivaire non familiale, 950.
- GUILLAIN (Jacqueline). V. *Guillain (G.)*.
- GUILLAUME (J.). V. *Martel (Th. de)*.
- , V. *Lhermitte*.
- GUIRAUD (P.) et CHAPOULAUD (J.). Lésions rénales dans le délire aigu, 107.
- , *Discussion*, 150, 228, 233, 241, 253, 292, 293, 298, 416, 457, 622, 627, 634, 677.
- et STORA (R.). La testostérone dans les états d'excitation chez la femme, 464.
- , Psychoses colibacillaires aiguës, 774.
- GUIRDHAM (A.). Réactions épileptiques. Essai de classification, 492.
- GUSDORF (G.). V. *Daumézon*.
- GUYOT (P.). Traitement des états schizophréniques par le coma insulinaire, 511.
- HAGUENAUER (Mlle). V. *Heuyer*.
- HAIMOVICI (H.). V. *Cornil*.
- HALL (V. R.). V. *Fettermann*.
- HARTENBERG (P.). La strychnine chez les épileptiques, 310.
- , *Discussion*, 319, 320.
- HASSIN (Georges B.). Modifications du cerveau par l'électrocution accidentelle, 351.
- , Ataxie de Friedreich, 697.
- HECAEN (H.). V. *Pauly*.
- HERNANDEZ (N. A.). V. *Hernandez-Ramirez*.
- HERNANDEZ-RAMIREZ (R.) et HERNANDEZ (N. A.). L'épivan sodique dans la pathologie chirurgicale des aliénés, 516.
- HESNARD. *Discussion*, 105, 416, 622, 625, 627, 665, 678, 774, 790.
- HEUYER (G.). Remarques sur la notion de la débilité intellectuelle, 161.
- , ROUNDESCO (Mme) et HAGUENAUER (Mlle). Encéphalopathie chronique infantile à forme atonique, 327.
- et LECONTE (Mme S.). Débilité mentale avec hypomanie chronique chez un enfant de 13 ans, 640.
- et LECONTE (Mme). Amyotrophie familiale, 681.
- , *Discussion*, 806.
- et NEVEU. Etats passionnels à thème commun de dépossession, 808.
- HONAN (M. S.). V. *Molony*.
- HOSKINS (R.-G.). Métabolisme de l'oxygène dans la schizophrénie, 503.
- HOUSER (G.-F.). V. *Schube*.
- HUGUENIN. V. *Lhermitte*.
- HYVERT (M.). Sels d'or et cardiazol, 844.
- I
- ICHOK (G.). Les psychopathes. Etudes sur la population française, 701.
- INGVARSSON (G.). Le liquide céphalo-rachidien au cours de quelques psychoses, 499.
- J
- JACQUELIN (André), JOLY (Fr.) et SOULIGNAC (R.). Les asthmatiques intolérants à l'adrénaline, 349.
- JANET (P.). Les conduites sociales, 955.
- , L'examen de conscience et les voix, 956.
- JASON MIXTER (W.). V. *Schwab*.
- JEANNENEY (G.). Chirurgie des états endocriniens, 717.
- JERVIS (G. A.). Oligophrénie phénylpyruvique, 502.
- JOLY (Fr.). V. *Jacquelin*.
- JOUANNAIS (Mlle). V. *Martimor*.
- JUSTIN-BESANÇON (L.). V. *Lévy (Jeanne)*.
- K
- KABAKER. V. *Barré*.
- KACZANOWSKI (F.). Troubles psychiques dans la sclérose en plaques, 520.
- KAHN (E. A.) et BARNEY (B. F.). Cordotomie antéro-latérale pour douleur rebelle dans la tabes dorsalis, 518.

- KANIGOWSKI (Z.). V. *Bruhl*.  
 KATZ (S. E.). V. *Goldstein*.  
 KATZENELBOGEN (S.). Traitement par le choc insulinique chez les schizophrènes, 705.  
 KAZMIERSKI (T.). Traitement de la schizophrénie par l'insuline, 706.  
 KELMAN (Harold). V. *Davison*.  
 KENNEDY (A.). Thérapeutique convulsivante dans la schizophrénie, 512.  
 KLEIST (K.) et DRIEST. La catatonie à la lumière de recherches catamnétiques, 165.  
 KNIGHT (R.). Psychodynamisme de l'alcoolisme chronique, 340.  
 KOEK (H.-C.). V. *Scheer*.  
 KONCZEWSKI (C.). La pensée préconsciente. Essai d'une psychologie dynamiste, 481.  
 KÖRNEY (S.) et SAETHRE (H.). Localisation hypothalamique des lésions de la psychose de Korsakow, 350.  
 KOSENKO (Z.). Hallucinations visuelles chez les enfants et les adolescents schizophrènes, 162.  
 KOWALEW (N. E.). Encéphalographie à l'aide de petites quantités d'air dans les tumeurs cérébrales, 172.  
 KRAL (A.). Syndromes bulbo-médullaires postencéphaliques chez le frère et la sœur, 174.  
 KRAMPFLITSCH (H.). La peur chez l'enfant, 343.  
 KRAUS (M.) et MEZEY (K.). Le dosage du tryptophane dans le liquide céphalo-rachidien et sa valeur, 500.  
 KREBS. Torticolis spasmodique, 680.

## L

- LABONNÉLIE. V. *Baruk*.  
 LACHAUD (de). V. *Mauriac*.  
 —. V. *Quercy*.  
 LAFON (J.). Les polio-encéphalites subaiguës primitives, 487.  
 —. V. *Delmas-Marsalet*.  
 LAIGNEL-LAVASTINE et MARTIMOR (E.). Une guérisseuse mystique, 84.  
 —. *Allocution*, 114.  
 —. *Discussion*, 130, 158, 233, 236, 241, 423, 446, 458, 471, 623, 628, 634, 774, 803, 948.  
 — et PAUGAM (P.). Dépression et psoriasis, 226.  
 —, GALLOT et PAUGAM. Autopugilisme réactionnel à une paresthésie chez un tiqueur, 624.  
 —, GALLOT et PAUGAM. Mélancolie anxieuse chez un causalgique, 626.  
 —, GALLOT et PAUGAM. Séquelles nerveuses de blessures cranio-faciales, 683.  
 —, GALLOT (H.-M.) et FELD (M.). Tentative de suicide liée à un choc émotif chez une neuro-syphilitique, 794.  
 —, GALLOT (H.-M.) et RICHARD (H.). Le cardiazol en thérapeutique psychiatrique, 863.  
 LALLAU (R.). L'orientation professionnelle des mineurs délinquants, 691.  
 LAMBERT (P.). Le persécuté muet, 689.  
 — et DAGNÉLIE (J.). Cysticercose du quatrième ventricule, 696.  
 LAMY (L.). La méthode de rééducation psycho-physique « Mensendieck », 713.  
 LANG (Theo.). Conditionnement biologique de l'homosexualité, 167.  
 LANGFELDT (G.). Traitement de la schizophrénie par le choc insulinique, 706.  
 LAROCHE (G.) et BOMPART (Et.). Traitement de l'impuissance sexuelle masculine par l'hormone mâle, 712.  
 LARRIVE, MESTRALLET, MATHON et CARRIER (J.). Traitement des troubles mentaux par le cardiazol, 844.  
 LARSON (J. A.), CANTY (A.) et BROOM (C.). La vérité et l'appareil « indicateur de mensonges », 524.  
 LARUELLE (L.), MASSION (L.) et MOLDAVER (J.). Polynévrite avec ataxie cérébelleuse et dissociation céphalo-rachidienne, 477.  
 — et MASSION (L.). Les phénomènes de préhension forcée et d'agrippement, 477.  
 — et MASSION-VERNIORY (L.). Hématome cérébral non traumatique opéré et guéri, 685.  
 — et MASSION-VERNIORY (L.). Traumatisme crânien et tumeur cérébrale, 685.  
 LASKAVY (P.). V. *Frumkin*.  
 LATOUR (M.). Théorie générale des émotions, 484.  
 LE BEAU. V. *Vincent*.  
 LECHTCHINSKY (A. L.). Diagnostic différentiel des états dépressifs réactifs endogènes, 169.  
 LECONTE (M.). *Discussion*, 293.  
 —. V. *Claude*.  
 LECONTE (Mine) et MAILLEFER. Un cas d'acrodynie avec troubles mentaux, 475.  
 —. V. *Heuyer*.  
 LECULIER (P.) et GOT (R.). Divorce et aliénation mentale, 692.  
 LE FORT (R.). Greffe de typhoïde humaine dans un cas de myxœdème infantile, 505.  
 LE GRAND (A.) et ANNÉE (P.). Action catatonisante de certains liquides céphalo-rachidiens, 306.  
 LE GUILLANT. *Discussion*, 882.  
 LENTI (P.). V. *Fattovich*.



- LÉONARDON. V. *Porot*.  
 —. V. BARDENAT.
- LERICHE (R.). Traitement de certains états vasculaires du cerveau et de certaines maladies vaso-motrices, 716.
- LEROUX-ROBERT (J.). Traitement des intoxications barbituriques et similaires par les seules injections intraveineuses de coramine, 713.
- LEROY (E.). Les origines de l'asile Saint-Paul-de-Mausole à Saint-Rémy-de-Provence, 703.
- LEURET (Mlle). V. *Baruk*.
- LEVEN (R.). V. *Wellfi*.
- LEVINE (M.). V. *Richter*.
- LÉVY (J.) et JUSTIN-BESANÇON (L.). Les sympatholytiques en thérapeutique expérimentale et clinique, 712.
- LÉVY-VALENSI (J.). *Discussion*, 236.
- , PÉQUIGNOT (H.) et PASCHE (F.). Une observation de travestissement tardif, 770.
- LEY (Aug.). Jalousie et criminalité, 336.  
 —. La jalousie, 342.
- LEY (J.). V. *Baonville*.
- LHERMITTE (J.) et SUSIC. La catalepsie du vieillard et ses relations avec les lésions du cervelet, 159.  
 — et SUTTEL. Polyradiculonévrite avec dissociation albumino-cytologique, 233.  
 —, MARTEL (Th. de), GUILLAUME et AJURIAGUERRA. Cachexie progressive par tumeur du 3<sup>e</sup> ventricule, 325.  
 —, HUGUENIN et VERMES (E.). Les métastases du système nerveux central des épithéliomas du poumon, 326.  
 —, BOUCABEILLE (Mlle) et CAHEN (M.). Syndrome strié de l'enfance, 326.  
 —. V. *Desmarest*.  
 —. V. *Babonneix*.  
 —. *Discussion*, 642, 648, 666.  
 — et BEAUDOUIN. Un cas de démonopathie. Etude clinique et essai d'interprétation pathogénique, 649.  
 —, MARTEL (Th. de) et GUILLAUME. Les méningiomes latents, 950.  
 —, MONNIER-VINARD et AJURIAGUERRA (de). Intoxication oxy-carbonée mortelle. Hémiplégie tardive, 950.
- LICHTENSTEIN (B. W.). V. *Zeitlin*.
- LLOMBART (A.). Les lésions nerveuses dans les appendices aiguës et chroniques, 695.
- LOCARD (E.). Les amoureux des criminelles, 521.
- LÔO (P.) et SALMON (J.). Sur un cas d'érotomanie pure, 670.  
 —. *Discussion*, 678.
- LOSICALZO (A. E.). Effets du tartrate d'ergotamine dans l'épilepsie idiopathique, 508.
- LÖWENBERG (K.). V. *Waggoner*.
- M
- MADSON (J.). V. *Fremming*.
- MAERE (M.). Psychose de Korsakov avec polynévrite au cours d'une septicémie post-puerpérale, 478.
- MAGE. Accidents post-vaccinaux, 332.  
 —. Les polyradiculonévrites, 332.
- MAGITOT (A.) et DUBOIS-POULSEN. Etude anatomique d'une rétinite apparue au cours d'une hypertension maligne, 695.
- MAHLER SCHOENBERGER (M.) et SILBERPFENNIG (I.). Le test de Rorschach dans l'étude de la psychologie des malades cérébraux, 345.
- MAILLEFER (J.). V. *Brissot*.  
 —. V. *Leconte (Mme)*.
- MALAMUD (N.). Encéphalomyélite compliquant la rougeole, 495.
- MAMOU (H.). V. *Sergent*.
- MANAMY (H.-C.-Mc.). V. *Schube*.
- MANUILA (S.). Influence des mesures de caractère général sur l'eugénique, 507.
- MARCHAND (L.). *Discussion*, 97, 105, 110, 228, 291, 622, 648.  
 —, DEMAY (G.) et NAUDASCHER (J.). Ramollissements cérébraux et cérébelleux chez une femme de 33 ans, 628.  
 — et DUPOUY (R.). Tumeur volumineuse. Dépression, syndrome neurologique terminal, 634.  
 —. Hérédité et épilepsie, 686.  
 —. Stovarsolthérapie de la paralysie générale, 710.  
 — et AJURIAGUERRA (J.). Crise d'épilepsie à aura douloureuse, 794.  
 —, COURBON (P.) et CARRIER (J.). Démençe alcoolique rapide. Prolifération cérébrale névroglique et microglie, 796.
- MARCO (A. de). Métabolisme des protéines dans les maladies mentales, 501.
- MARCUS (H.) et SJÖGREN (H.). L'hémi-ballisme et le corps de Luys, 175.
- MARS (L.). La mentalité haïtienne, 337.
- MARTEL (Th. de) et GUILLAUME (J.). Le vomissement, symptôme précoce des tumeurs de la fosse cérébrale postérieure, 173.  
 —. V. *Lhermitte*.
- MARTIMOR (E.). V. *Laignel-Lavastine*.  
 — et JOUANNAIS (Mlle). Illusion de sens. Polynévrite et sclérose médullaire chez une alcoolique, 785.
- MARTIN (P.) et BOGAERT (L. van). Lésions traumatiques frontales, temporales et méningiomes, 685.  
 —. Syndrome hypophysaire, 685.  
 —. Oligodendrogliome du lobe frontal droit opéré, 685.
- MARTINENGRO (V.). La malariathérapie dans la paralysie générale, 710.

- MASQUIN. Traitement du zona par la Vitamine B<sub>1</sub>, 473.
- MASSAUT. Tumeur frontale et oligophrénie, 333.
- MASSION-VERNIORY (L.). V. *Laruelle*.
- MASSON (Mme). Un cas de travestissement, 432.
- MATA (L.). L'attention dans l'orientation et la sélection professionnelles, 346.
- MATHEY (Mlle Y.). V. *Welli*.
- MATHON. V. *Larrive*.
- MAURIAC (P.), BROUSTET (P.), SARIG (R.) et LACHAUD (de). Insulino-résistance et radiothérapie dans le diabète acromégaly, 703.
- MAYER-GROSS (W.). Psychoses associées à l'hypertension, à l'artério-sclérose et à l'insuffisance cardiaque, 339.
- MECO (O.). La cure bulgare et les rémissions chez les encéphalitiques, 514.
- MEDUNA (L. von). Génèse du traitement de la schizophrénie par le cardiazol, 546.
- et SAKEL (M.). Signification de la convulsion épileptique dans le traitement par l'insuline et le cardiazol, 961.
- MENDELSON (B.). Recherches concernant la personnalité du criminel, 177.
- MENG (H.). Infirmités physiques et vie psychique, 507.
- MENNATO (M. de) et ARRIGO (M. d'). Respiration et catatonie, 498.
- MESTRALLET. V. *Larrive*.
- MEYER (A.). Le diagnostic histologique et l'interprétation des perturbations circulatoires du cerveau, 698.
- MEYER (W.). Schizophrénies traitées par la méthode des convulsions, 708.
- MEZEY (K.). V. *Kraus*.
- MIGNOT. V. *Alajouanine*.
- MILLIEZ (P.). V. *Pasteur-Vallery-Radot*.
- MIKULSKI (K.). Traitement calcique dans la thérapeutique de la schizophrénie, 709.
- MISSSET. V. *Brissot*.
- MIZROUCHIN (I.). V. *Frumkin*.
- MOLDAVER (J.). V. *Laruelle*.
- MOLLARET. Hypertrophie musculaire généralisée chez un nourrisson, 682.
- , Maladie de Friedreich chez un seul jumeau. Vitaminothérapie, C, 951.
- MOLONY (G.-B.) et HONAN (M.-S.). Complication rare du choc thérapeutique insulinique, 511.
- MONAQUE (P.). Les compressions radiculo-médullaires basses, 489.
- MONIER-VINARD. V. *Lhermitte*.
- , VELTER et OFFRET (G.). Fixité du regard par hypertonie des muscles oculo-moteurs 327.
- MOREA (R.). V. *Pereyra Käfer*.
- MOREAU. Sclérodémie et anémie perniciieuse, 332.
- MORIN (P.). Myorhythmies nasales, 951.
- MORSIER (G. de) et BROCCARD (R.). Hallucinations visuelles. L'automatisme et la grande attaque hystérique, 171.
- , Les hématomes de la dure-mère, 175.
- MOSINGER (M.). V. *Roussy*.
- MULLER (L.-Ph.). Etiologie uraniste, 167.
- MUNRO (T.-A.). Psychoses familiales associées aux désordres endocriniens, 503.
- MURRAY-ROSSMAN (I.) et CLINE (W.-B.). Le shock pharmacologique dans la schizophrénie, 959.
- MYERSON (A.). Effets physiologiques et psychologiques de la benzédrine, 513.

## N

- NAOUMOVA (Mme V.-V.). V. *Poznanski*.
- NATOLI (A.). Anthropologie criminelle ou psychologie différentielle, 523.
- NAUDASCHER (J.), V. *Marchand*.
- , V. *Demay*.
- NAYRAC. Poliomyélite avec autopsie, 473.
- NEVEU. V. *Heuyer*.
- NICOLAÏ (N.). V. *Fattovich*.
- NIELHANS (P.). Traitement endocrinien de l'hypertrophie de la prostate, 505.

## O

- OBIGLIO (J.-R.). V. *Rojas*.
- OFFRET (G.). V. *Monier-Vinard*.
- OLIVIER (M.). *Discussion*, 435.
- , CHEVALIER-GAZAGNOL (Mme) et BRZEZINSKI (J.). Un nouveau traitement de la schizophrénie, 510.
- OLSZEWSKI (J.). V. *Brulh*.
- OMBREDANE (A.), SUARÈS (Mme) et CANIVET (Mme). Crises d'angoisse vespérales et nocturnes de l'enfant, 337.
- ORDONEZ (J.-A.). V. *Foz*.
- ORTEGA (L.). Traitement des psychoses par le choc insulinique, 704.
- OSTREM (Th.). Incubation dans la malaria provoquée, 513.
- OTT (Th.-A.). Le liquide céphalo-rachidien au cours du traitement insulinique de la schizophrénie, 499.
- OTTONELLO (P.). Délimitation clinique de l'anorexie mentale, 342.



## P

- PAILLAS (J.). V. *Roger*.  
 —. V. *Cornil*.  
 — et VOLPIATO (A.). Métastase endocrinienne d'un mélanome malin, 697.  
 PALMER (H.-A.). La narcoïse continue dans les troubles mentaux, 515.  
 PANTCHENKO (D.). La névrite au cours de la gangrène spontanée, 695.  
 PAOLI (G.). Amour et outrage, 521.  
 PAPEZ (J.-W.). Essai sur le mécanisme de l'émotion, 346.  
 PARFITT (D.-N.). Effets neurologiques et psychologiques de l'hypoglycémie, 502.  
 PASCHE (F.). V. *Lévy-Valensi*.  
 PASTEUR-VALLÉRY-RADOT, DELAY (J.) et MILLIEZ (P.). Sur un cas de potomanie, 320.  
 PAUGAM (P.). V. *Laignel-Lavastine*.  
 PAULY (R.) et HEGAEN (H.). Manie et inspiration musicale, 389.  
 PÉQUIGNOT (H.). V. *Lévy-Valensi*.  
 PEREYRA KAFER (J.) et MOREA (R.). Gliome kystique. Injection de lipiodol et radiothérapie, 518.  
 PÉRON (Noël). *Discussion*, 445.  
 PERRIN (J.). V. *Courbon*.  
 PETRIE (A.-A.-W.). Traitement hypoglycémique de la schizophrénie, 705.  
 PICARD (J.). *Discussion*, 157, 283, 312.  
 —. Édipisme, homosexualité, théâtralisme hystérique et perversité, 168.  
 PICHON (E.). La débilite mentale, 338.  
 PICKWORTH (F.-A.). Ischémie cérébrale et troubles mentaux, 339.  
 PIÉRON (H.). L'Année psychologique, 38<sup>e</sup> année (1937), 479.  
 PILKINGTON (F.). Le traitement des désordres affectifs secondaires aux traumatismes crâniens, 514.  
 PINA (Luiz de). Le psychodiagnostic de Rorschach en criminologie, 523.  
 —. Le psychogramme dans l'anthropologie criminelle, 524.  
 PLACA (A.). V. *Chavany*.  
 POLINKOVSKIJ (S.). V. *Frumkin*.  
 POROT (A.). Les vertus abusives, 687.  
 —. BARDENAT et LÉONARDON. Réflexions sur l'insulinothérapie, 896.  
 —, AUBIN, VALLET et SUTTER. Traitements à l'insuline et au cardiazol en Algérie, 906.  
 POROT (M.). V. *Cornu*.  
 POURSIÈNES (Y.). V. *Roger*.  
 POZNANSKI (A.-S.) et NAOUMOVA (Mme V.-V.). L'influence des bromures sur l'état catatonique, 712.  
 PRESS (L.). Schizophrénie et rémissions après insulinothérapie, 707.  
 PRINZMETAL (M.). V. *Solomon*.  
 PUCA (A.). Neurofibromatose centrale et méningiomes multiples, 350.

- PUECH (M.). V. *Cossa*.  
 PULLER STRECKER (H.). Progrès récents par le traitement insulinique, 704.  
 PUTNAM (T.-J.). Traitement de l'athétose par la section des faisceaux extrapyramidaux de la moelle, 518.  
 —. V. *Blackman*.

## Q

- QUERCY et LACHAUD (de). Paroi médullaire dans un cas de pellagre, d'hydrocéphalie et de syringomyélie, 949.  
 —. Névrogie, neurone et fibre conjonctive, 949.

## R

- RACINE (M.). V. *Baruk*.  
 RADERMECKER (Mme). Polynévrite à l'ulirone, 477.  
 —. Myoclonies du voile et du larynx chez un sujet jeune, 684.  
 RALLU (G.). V. *Claude*.  
 RAUCOULE (P.). V. *Vié*.  
 RAMIREZ MORENO (S.). Histoire de la psychiatrie et des hôpitaux psychiatriques de Mexico, 703.  
 RAYNEAU. *Discussion*, 97, 129.  
 REALE (G.). L'aide de stimulants biologiques de la vie végétative et de la vie psycho-affective, 498.  
 REESE (H.-H.) et VEER (A. ven der). Choc par l'insuline dans la schizophrénie, 958.  
 REICHAN (J.). V. *Bornstein*.  
 REZNIKOFF (L.). Schizophrénie chez un enfant, 162.  
 RIBADEAU-DUMAS (Ch.). V. *Guillain*.  
 RIBEIRO (L.). Centre médico-pédagogique de dépistage des anomalies infantiles à Rio-de-Janeiro, 506.  
 —. Les altérations des empreintes digitales chez les travailleurs et leur traitement, 520, 717.  
 —. Homosexualité et glandes endocrines, 700.  
 RICHARD (H.). V. *Laignel-Lavastine*.  
 RICHTER (C.-P.) et LEVINE (M.). Sympathectomie chez l'homme, 498.  
 RIKLIN (F.-N.). Le passage de l'alcool dans le liquide céphalo-rachidien, 499.  
 ROBERTI (C.-E.). Des hallucinations, 161.  
 ROBIN (G.). Neuro-psychiatrie infantile, 687.  
 ROENAU (E.). Ambivalence, 165.  
 ROGER (H.), POURSIÈNES (Y.) et BOURDOURESQUES (J.). Myélite nécrotique aiguë, d'origine staphylococcique, 159.

- , ARNAUD (M.) et PAILLAS (J.). Tumeurs cérébrales à forme mentale prolongée, 284.
- et BOURDOURESQUES (J.). Syndrome psycho-polynévritique au cours d'une suppuration pulmonaire, 293.
- et ALLIEZ (J.). Tumeurs sous-cutanées bénignes à type d'hyperalgie hyperdiffusante, 350.
- ROJAS (N.) et OBIGLIO (J.-R.). Destruction des empreintes digitales. Maladie de Meleda, 521.
- et BONNET (F.). Délit de contagion vénérienne, 521.
- La psychiatrie dans la législation civile, 692.
- RONDEPIERRE. *Discussion*, 156, 293.
- ROSTAN (A.). Psychose hallucinatoire chronique, 341.
- ROUDINESCO (Mme) et VIOLET (Mme). Les tests P.V. dans un groupe scolaire parisien, 329.
- V. *Heuyer*.
- ROUSSY (G.) et MOSINGER (M.). Les corrélations épiphyso-hypophysaires, 504.
- ROXO (H.). Régime alimentaire dans le traitement des affections mentales, 714.
- RUBENOVITCH. *Discussion*, 943.
- RUSLANDER (D.). Traitement hypoglycémique dans la schizophrénie, 958.
- S**
- SAETHRE (H.). V. *Környeg*.
- SAKEL (M.). Traitement de la schizophrénie par le choc insulinaire, 704.
- V. *Meduna*.
- SALMON (A.). Le rôle des noyaux diencéphaliques dans le mécanisme des émotions, 493.
- SALMON (J.). V. *Léo*.
- SALVAGNO-CAMPOS (C.). Un cas d'homicide-suicide, 525.
- SANDS (D.-E.). Traitement de l'épilepsie avec psychose par le prominal, 508.
- SANTENOISE (D.). *Discussion*, 156, 247.
- SARIC (R.). V. *Mauriac*.
- SARROUY (Ch.) et VIALA. Tétanos splanchnique, 519.
- SASSI (P.). V. *Cossa*.
- SATTA (A.). Lésions du squelette au cours de la cardiazolthérapie, 709.
- SAUGUET (H.). V. *Dupouy*.
- SCHAEFFER (H.). Traitement de la migraine par le tartrate d'ergotamine, 717.
- SCHERER (W.-M. van der) et KOEK (H.-C.). Lésions nerveuses périphériques dans les cas d'anémie pernicieuse, 698.
- SCHNEID (W.). De la méconnaissance des personnes, 166.
- SCHERRER (P.). V. *Chatagnon* (P.).
- SCHNEIDER (D.-E.) et ABELES (M.-M.). Maladie de Charcot-Marie-Tooth, 176.
- SCHNITZENBERGER (H.). Les tares héréditaires, 170.
- SCHOCKAERT (J.) et FERIN. Endocrinologie et homosexualité, 953.
- SCHRODER (P.). Hallucinations et localisations cérébrales, 162.
- SCHUBE (P.-G.), MANAMY (M.-C. mc), TRAPP (C.-E.) et HOUSER (G.-F.). Mélancolie d'invololution. Traitement par la thecline, 509.
- SCHULTZ (J.-H.). Conditionnement génétique de l'homosexualité, 167.
- SCHUMACHER (I.). Narcolepsie familiale, 172.
- SCHWAB (R.-S.), FINE (J.) et JASON MIXTER (W.). Réduction des syndromes post-encéphalographiques par inhalation d'oxygène, 516.
- SCHWARZ (G.-A.). Polioencéphalomyélite due au botulisme, 495.
- SCOTT (M.). La courbe de la glycémie consécutive à l'encéphalographie, 502.
- SERAFIMOV (B.-N.). Les réactions du type exogène au cours de l'infection brucellienne, 493.
- SEREJSKI (M.-J.) et FELDMANN (E.-S.). Application de la narcose prolongée en psychiatrie, 515.
- SERGEANT (E.) et MAMOU (H.). Tétanie spontanée grave de l'adulte, 700.
- SÈZE (S. de). V. *Descomps*.
- SILBERPFENNIG (I.). V. *Mahler Schoenberg*.
- SIVADON. *Discussion*, 130.
- SJÖGREN (H.). V. *Marcus*.
- Examen de 400 cas d'épilepsie, 507.
- SJÖQVIST (O.). La transmission des sensations douloureuses par le nerf trijumeau, 716.
- SLOAN (H. le R.). V. *Freedberg*.
- SOLOMON (P.) et PRINZMETAL (M.). La benzédrine dans le parkinsonisme post-encéphalitique, 514.
- SOULAIRAC (A.). V. *Chatagnon* (P.).
- V. *Demay*.
- SOULIGNAC (R.). V. *Jacquelin*.
- SOQUES. Spasme clonique des muscles innervés par le sciatique poplité externe, 680.
- STADLER (H.). Etats crépusculaires et hypersomniques et troubles hypophysaires, 504.
- STANCIER (V.). La capacité pénale ; le problème de la responsabilité, 526.
- STEEGMANN (A.-T.). Poliomyélite chronique. Poliomyélopathie, 495.
- STEFANESCO-GOANGA (F.). Constitution bio-psychique et criminalité, 522.
- STERN (W.). L'activité imaginative de l'enfant, 344.

STÉVENIN (H.) et GAUBE (R.). Maladie de Simmonds et anorexie mentale, 699.

STOKVIS (B.). La signification de la psychologie expérimentale en médecine, 482.

STORA (R.). V. *Guiraud*.

STRANSKY (E.). Sérum normal humain dans le traitement de la sclérose en plaques, 713.

STRÖM (I.). Paralytic générale juvénile, 513.

SUARÈS (Mme). V. *Ombredane*.

SUSIC. V. *Lhermitte*.

SUTTEL. V. *Lhermitte*.

SUTTER. V. *Porot*.

SVALBERG (Mme). La circoncision, 348.

SYMONDS (C.-P.). Troubles mentaux consécutifs aux traumatismes crâniens, 340.

## T

TALTAVULL (Pedro). Céphalées, 349.

TARABINI (A.). Glioblastome endoventriculaire de l'hémisphère droit, 173.

— Les ramollissements dans le territoire de l'artère sylvienne, 174.

TARGOWLA (R.). Le syndrome comitial tardif des anciens traumatisés crâniocérébraux, 520.

TARLOV (I.-M.). Action de la Roentgenothérapie sur les gliomes, 516.

TENCONI (P.). La réaction de Wassermann dans les maladies mentales non syphilitiques traitées par la malaria, 501.

— Fonctions hypophysaires et psychopathies, 504.

— L'autohémothérapie dans les maladies mentales, 509.

THOMSTAD (H.). V. *Frøshaug*.

THUREL. V. *Alajouanine*.

TINEL (J.). *Discussion*, 241.

— Effets de la vagotonie dans la névrose d'angoisse, 242.

— et UNGAR (G.). Recherches sur la sensibilité vasculaire, 694.

TITECA (A.). V. *Baonville*.

TITECA (J.). V. *Baonville*.

— Tremblement apparu chez un paralytique général après malarisation, 333.

— La conduction nerveuse, 497.

TRAPP (C.-E.). V. *Schube*.

TRELLES (J.-O.). V. *Delgado*.

TRONCONI (V.). L'histoarchitectonie de la région giganto-pyramidale, 497.

TROLO (E.-B.). Capillaroscopie chez les phrénasthéniques, 503.

TROSSARELLI (A.). Disvitaminose dans les maladies mentales, 172.

## U

UNGAR (G.). V. *Tinel*.

## V

VALLAT (J.). Les accidents cérébraux pseudo-tumoraux de l'hypertension artérielle, 488.

— V. *Delmas-Marsalet*.

VALLET. V. *Porot*.

VANELLI (A.) et DURANDO (P.). Thérapeutique de l'asthénie neuro-psychique, 509.

VARENNA (P.). V. *Este (d')*.

VASILIU (C.). Nouvelle conception de la responsabilité pénale, 526.

VEDRANI (A.). Délire de jalousie paranoïaque, 166.

VEER (A. van der). V. *Reese*.

VELIKOWSKY (I.). Langue récemment acquise et langue de l'inconscient, 345.

VELTER. V. *Monier-Vinard*.

VERMEYLEN (G.). L'hygiène mentale des étudiants, 489.

— Le reclassement des malades mentaux, 489.

VERMES (E.). V. *Lhermitte*.

VERNER MOORE (Dom Thomas). La conscience et le système nerveux, 482.

VERVAECK (L.). L'obligation du traitement pour les buveurs dangereux, 525.

— L'anthropologie criminelle, 690.

VERVAECK (P.). Arriération intellectuelle et récidive chez les enfants délinquants, 525.

VIALA. V. *Sarruy*.

VIÉ (J.). *Discussion*, 130, 228, 253, 306, 628, 665, 773, 790.

— et FERDIÈRE (G.). Appel en faveur d'un musée psychopathologique, 130.

— et RAUCOULE (P.). Localisation de l'incohérence au délire, 616.

— et RAUCOULE. Traitement par le cardiazol, 878.

VILLEY. *Discussion*, 670.

— et BUVAT (J.-F.). Traitements par le cardiazol ou l'insuline dans diverses psychoses, 908.

VINCENT (Cl.). Diagnostic et traitement des traumatismes cérébraux, 517.

— Le traitement des abcès des hémisphères, 517.

— et BRÉGEAT. Névralgie du trijumeau par angiome sphénoïdal, 681.

— et LE BEAU. Fausses amputations du troisième ventricule, 681.

VIOLET (Mme). V. *Roudinesco (Mme)*.

VITA (N.-A.). V. *Foz*.  
 VOGT (Mlle). V. *Alajouanine*.  
 VOLPIATTO (A.). V. *Paillas*.

## W

WAGGONER (R.-W.) et LÖWENBERG (K.).  
 Etude anatomo-pathologique des  
 astrocytomes, 496.  
 WAHL (M.) et COTTE (S.). La gaucherie  
 et le bégaiement, 765.  
 WEGELIN (C.). L'hypophyse dans la  
 maladie de Basedow, 697.  
 WEINGROW (S.-M.). Paramyoclonus  
 multiplex et neuro-syphilis, 176.  
 WELTI (H.), BARUK (H.) et MATHEY (Mlle  
 Y.). Troubles psychiques basedo-  
 wiens et faux syndromes thyroï-  
 diens, 699.  
 — et LEVEN (R.). La chirurgie thyroï-  
 dienne inutile, 717.  
 WOFFORD (Ch.-W.). V. *Freed*.  
 WOHLFART (G.). Variété des fibres  
 musculaires, 496.

WORTIS (S.-B.). Effets de l'insuline,  
 du camphre et du métrazol sur le  
 métabolisme cérébral, 960.

WULFFTEN-PALTHE (P.-M. van). Syphi-  
 lis du système nerveux chez les  
 asiatiques des Indes néerlandaises,  
 171.

## X

XIRAU (J.). De l'humanisme à la des-  
 humanisation de l'art, 952.

## Z

ZAPHIROPOULOS (M.-L.). V. *Baruk*.  
 ZARA (E.). Psychoses et métabolisme  
 des hydrates de carbone, 501.  
 ZAVILANSKIJ (I.). V. *Frumkin*.  
 ZEITLIN (H.) et LICHTENSTEIN (B.-W.).  
 Tumeur kystique du troisième ven-  
 tricule, 497.  
 ZULLIGER (H.). Hygiène mentale à  
 l'école primaire, 506.

# ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

---

## MÉMOIRES ORIGINAUX

---

### INTRODUCTION A L'ÉTUDE DE LA PSYCHIATRIE CHEZ LES NOIRS

PAR

H. AUBIN

#### I. — LE RENIEMENT SYSTÉMATIQUE DES TROUBLES MENTAUX

La pratique psychiatrique coloniale nous apparaît souvent comme déconcertante et incompréhensible dans une très large mesure. Sans doute les maladies sont-elles les mêmes que chez nous : il n'est pour s'en convaincre que d'assister à un accès maniaque franc chez un individu de n'importe quelle race et l'on admet avec Kræpelin que l'ignorance de la langue d'un malade soit parfois en médecine mentale une excellente condition d'observation. Mais bien souvent, il faut le reconnaître, les difficultés de diagnostic sont réelles pour qui ne sait rien du comportement physiologique et de la vie idéo-affective habituelle des sujets normaux de même origine.

Nous avons tous pu constater combien il était difficile de se mettre d'accord, même sur les plus grosses questions (la ques-



tion de la paralysie générale arabe ou annamite par exemple) tant que l'on ne disposait pas d'une vaste collectivité hospitalière à étudier.

En prenant l'an dernier la direction du Service Colonial de Psychiatrie à l'Hôpital Militaire de Marseille, nous avons voulu nous attacher plus spécialement à l'étude des nombreux tirailleurs sénégalais qui y défilent. En même temps, feuilletant les archives du Service depuis une dizaine d'années, nous avons été frappés du peu de renseignements positifs, de l'abondance des contradictions que l'on y rencontrait. Certes, dans le milieu militaire, les grands psychopathes ne sont pas légion. De nombreux moyens de sélection, la prudence des cadres, la perspicacité des médecins les font éliminer rapidement.

Les contradictions pouvaient résulter d'appréciations trop hâtives, d'observations trop rapides. Mais l'examen de nos malades vint bientôt nous permettre de mettre en évidence un autre facteur dont nous avons déjà dit un mot à Nancy, l'an dernier, au Congrès des Aliénistes. Nous ne croyons pas inutile d'y revenir un peu plus longuement, car nous avons pu nous rendre compte qu'il avait des applications quotidiennes et pouvait aider à interpréter un certain nombre de symptômes paradoxaux chez nos Sénégalais — et peut-être dans des milieux plus évolués : la psychiatrie ethnique ne peut-elle en effet nous aider à distinguer ce qu'il y a de « permanent » et d'essentiel dans les psychoses en identifiant les « variables » et en essayant d'en rechercher l'origine ?

Lorsqu'on fréquente les salles d'observation de nos Sénégalais, on constate qu'en dehors de quelques grands aliénés, taciturnes, hostiles, absents ou indifférents, la plupart des malades conservent leur bonne humeur native, s'amuse et palabrent entre eux de manière interminable. Ils s'impatientent parfois de leur inactivité, de leur hospitalisation prolongée, mais demeurent habituellement doux, confiants et dociles.

Tous ces hommes paraissent normaux et nous allions mettre en doute l'authenticité des troubles notés sur le billet d'hôpital, dans le rapport des officiers, dans l'observation rédigée au cours des hospitalisations antérieures, lorsque soudain une crise bruyante d'anxiété ou de fureur, une explosion délirante, viennent nous révéler qu'un état psychologique dont un observateur inaverti n'aurait pas soupçonné la persistance, méritait encore notre attention et nos soins.

Nous consignons à notre tour les signes observés, le ou les



thèmes délirants, les troubles sensoriels, leurs tests séméiologiques, leurs variétés, les réactions, etc...

Quelques jours ou même quelques heures plus tard, en interrogeant une fois de plus le malade, nous sommes stupéfaits de les voir renier tranquillement et en bloc toutes leurs déclarations antérieures, sans souci des précisions notées extemporanément, du rappel exact de leurs propres paroles, de leurs gestes, de leurs attitudes et même lorsque nous leur en montrons les traces persistantes (cicatrices, ecchymoses, dégâts vestimentaires, bris de matériel, etc...). Les preuves sont flagrantes, les recouplements les mettent en évidence, de demi-aveux accusent les contradictions. Ils ne s'en soucient nullement et avec la même assurance affirment qu'ils n'ont rien dit, rien vu, rien fait.

En voici quelques exemples :

Obs. 300. — Adama N'Diao est envoyé à l'hôpital pour « crises nerveuses constatées au corps ». Son médecin « nous fait savoir que c'est un excellent tirailleur, de caractère gai et ouvert. A la suite d'une crise épileptiforme (pas de morsure de langue, pas de miction involontaire, mais seulement perte de connaissances et secousses cloniques des membres), il tombe dans un état confus-onirique de teinte anxieuse durant lequel il dit entendre des voix qui l'appellent. Il s'assoupit ensuite et passe une nuit assez calme, mais le lendemain, au réveil, il se plaint de la tête, et, toujours anxieux, continue à être halluciné. »

A l'hôpital de Perpignan, où il est tout d'abord évacué, il présente des troubles du même ordre : inquiet, prêtant l'oreille ou suivant des yeux sur le mur un spectacle invisible, il marmotte quelques paroles inintelligibles, puis s'apaise brusquement, et va causer, calme et lucide, avec ses camarades, partager leur repas, etc... Les infirmiers observent une crise convulsive peu caractéristique encore suivie d'onirisme.

L'examen physique ne révèle qu'une petite cicatrice frontale sans lésion osseuse radiologique, une éosinophilie de 16 % dans le frottis de sang, de nombreux œufs de tænia dans les selles (traitement antiparasitaire sans succès).

Transféré à Marseille, A. présente toujours les mêmes troubles alternant avec un calme parfait.

Un matin, en notre présence, il rejette soudain la tête en arrière, ferme les yeux, et, tout en restant assis sur sa chaise, frappe rapidement le sol de ses talons, et pleure sans mot dire. A aucun moment il ne perd connaissance. Il décrit sans difficulté les petits bonshommes qu'il voit autour de lui, qui s'agitent et qui parlent, et poussent parfois l'audace jusqu'à lui disputer sa soupe ; c'est toujours eux qui reviennent au moment de ses « crises », parfois le jour, plus souvent

la nuit. Mais il ne veut pas répéter leurs paroles : « ça le ferait mourir », dit-on dans son pays.

Le lendemain, à notre grande surprise, A. que nous voulons interroger encore, s'obstine à déclarer qu'il n'a jamais vu ces pygmées et renie toutes les précisions de la veille. Dès lors il est impossible de lui en faire parler, quoique divers « moyens de défense » (mouchoir recouvrant les oreilles, par exemple) témoignent encore pendant quelques jours de l'activité hallucinatoire.

Suivi pendant quatre mois, A., guéri, actif infirmier bénévole, absolument normal dans son comportement, persiste dans son attitude de « reniement ».

Nous n'avons pas tardé à observer chez un grand nombre d'entre eux une attitude identique, et en dehors de toute perturbation de la mémoire, de tout motif utilitaire (la plupart d'entre eux, contents de rentrer dans leur pays, auraient eu intérêt à signaler leurs troubles) de toute réticence banale.

Obs. 342. — Sema Makalou, hospitalisé à Toulouse pour chorio-rétinite spécifique. Dans le service d'ophtalmologie, brusquement il se jette par la fenêtre du 1<sup>er</sup> étage, et, arrêté providentiellement par des fils électriques, n'est atteint que de quelques contusions des membres (6 mai 1937).

Au premier interrogatoire, il raconte que, depuis plusieurs semaines, il entendait le tam-tam et les chants de ses parents et amis. Tous dansaient !... lui seul manquait, d'où son geste de désespoir.

L'enquête permet d'établir que, quelques jours auparavant, le malade, un couteau ouvert à la main, faisait mine de vouloir se sectionner la verge.

Evacué sur notre service de Marseille, il se présente à nous, calme et docile, mais *se défend d'avoir jamais songé à se suicider*, « simple accident », affirme-t-il, lorsqu'on lui donne des précisions sur sa chute. Il reconnaît cependant qu'il entendait les gens de sa famille faire tam-tam et parler entre eux ; c'était si net et si intense qu'il était tenté de leur répondre.

Quelques jours plus tard, il se dérobe aux questions, minimise la scène hallucinatoire : il ne l'a entendu qu'une fois, ce tam-tam ; il ne sait s'il s'agissait de gens de sa famille, il entendait sans voir. Puis il s'est demandé s'il n'a pas été victime de génies ou de sorciers. Et, s'il est interrogé par un autre médecin que ceux du service, il fait celui qui ne comprend pas le français ; enfin, c'est avec nous-même qu'il adopte cette attitude *après avoir renié en bloc et systématiquement toutes ses déclarations précédentes et toutes ses réactions antérieures*.

Dans la suite il s'isole, devient irritable et grognon, s'entretient avec d'invisibles interlocuteurs, se jette furieusement sur les camarades qui le dérangent ou sur les infirmiers qui veulent l'amener à la visite ; les hallucinations reprennent, tantôt aimables, tantôt hostiles, mais en général incohérentes.

Ici, par conséquent, le reniement s'est installé plus lentement, au cours d'une rémission d'ailleurs incomplète et de courte durée, chez un dément précoce probable.

Obs. 329. — Koyabo, jeune tirailleur du Dahomey, appelé, ayant 14 mois de services, bien noté, en France depuis 10 mois. Hospitalisé en mars pour grippe, il va en convalescence à l'Infirmierie de son corps. Un jour, brusquement il fait une fugue dont il ne donne aucune explication.

Evacué de Toulon (où l'on note un certain état dépressif) sur notre service, *il nie s'être enfui*, il prétend qu'il *n'a jamais été triste* et qu'il se plaignait seulement de n'avoir pas de camarade parlant sa langue.

Les jours suivants, son comportement est tout à fait normal ; il se mêle à la vie du service, aux jeux de ses camarades, s'alimente et dort parfaitement. L'examen physique décèle quelques ganglions cervicaux, des réflexes ostéo-tendineux un peu vifs et des œufs d'ankylostomes dans les selles ; les urines, le liquide céphalo-rachidien, le sang (Bordet-Wassermann et azotémie) sont normaux.

Vers la fin de la troisième semaine, sa bonne humeur disparaît ; il devient irritable, hargneux, se plaint avec véhémence de tous ses camarades (disant que l'on dit du mal de lui) et refuse sa nourriture.

Cet état ne dure que quelques jours et bientôt, tout souriant, il affirme : « Tout le monde y a bon pour moi » et *nie obstinément s'être jamais plaint de qui que ce soit*.

Obs. 313. — Daïma, caporal, 9 ans de services, en garnison à La Rochelle, vieux tirailleur Sara, bon géant très apprécié de ses chefs. Envoyé au C.I.P. d'Antibes, il fait un stage excellent à tous points de vue et l'on confirme ses qualités, son intelligence, sa bonne volonté, son esprit de discipline. Néanmoins, seul de sa race, il vit un peu à l'écart. Un jour, il demande au lieutenant de le renvoyer à son corps « parce qu'un autre tirailleur lui veut du mal et par des manœuvres de sorcellerie essaye de l'envoûter ». Dans la chambrée, il demande au sergent de ronde de passer loin de son lit, car il craint qu'on y pose un gri-gri (le sergent avait un pansement au doigt, c'est peut-être ce qui lui a paru suspect). Rassuré, semble-t-il, par quelques bonnes paroles, il devient moins inquiet, mais son sommeil reste bref et agité.

Un jour (13 mars), il demande à l'un de ses camarades un coupe-coupe pour arracher une pointe à son soulier, puis brusquement il se précipite vers la piscine, gagne l'extrémité du plongeoir, et là, son arme à la main, très excité, il interdit à qui que ce soit d'approcher. On essaye en vain pendant plusieurs heures de le calmer ; finalement on réussit à le faire tomber à l'eau et à le maîtriser, mais il échappe une fois encore avant de se laisser conduire à l'hôpital, où, calme et

docile, il s'endort tranquillement. Le lendemain, il déclare que « depuis un mois sa tête travaille toutes les nuits et qu'il voit des choses terrifiantes ».

Évacué aussitôt sur notre service, on l'examine et ne trouve qu'une tension artérielle élevée (17-10). Dès le premier soir, il présente une crise nerveuse consistant en polypnée et trismus que notre assistant guérit par une invigoration énergique ; mais il reste déprimé, le regard lointain, la parole lente et sourde ; il répète qu'il a été envoûté par un marabout, mais il oppose, en ce qui concerne l'épisode du plongeoir, *les dénégations les plus invincibles*. Sa tristesse s'accroît, il ne veut plus se lever ni manger avec ses camarades ; parfois, il déclare qu'il ne peut ouvrir la bouche, que ses genoux sont attachés ; il présente des crises oculogyres, des accès de polypnée *sine materia* qui ne cèdent que transitoirement à des torpillages successifs (ordonnés en mon absence, et pas plus efficaces qu'une simple psychothérapie verbale).

Au bout d'une dizaine de jours, il recommence à se lever, à se mêler à la vie des autres et pourrait être considéré comme guéri, si, au moment de la visite, il n'était régulièrement repris de phénomènes pithiatiques très curieux que nous nous proposons de décrire ailleurs.

OBS. 306. — Béan. Il s'agit d'un accès de dépression avec brady-psychie, inertie, tachycardie, crises de tremblement liées, semble-t-il, à des bouffées anxieuses ; à Perpignan : fugues et refus d'aliments. Ces deux dernières réactions sont niées avec constance dès son arrivée à Marseille.

OBS. 303. — Amadou Sall. C'est encore un état dépressif, mais avec idées de persécution et paroxysmes anxieux nocturnes d'un type très fréquent chez les Sénégalais : il se réveille en sursaut au milieu de la nuit en criant : « On va me tuer, les Blancs vont me couper les bras et les jambes, le colonel veut me faire fusiller, etc. » Il devient de plus en plus méfiant et hostile et se couche armé de son coupe-coupe. Dans le service il reste triste, parle peu, s'isole, refusant parfois de s'alimenter, interprète les gestes et les propos de ses camarades. « On dit qu'il va faire du cinéma. » Lorsqu'on évoque les scènes d'onirisme terrifiant, il en nie systématiquement les manifestations, pourtant répétées, aussi bien à l'hôpital qu'à son corps : *il n'a rien vu ni entendu la nuit, il ne s'est jamais barricadé dans la chambrée, il n'a jamais couché avec son coupe-coupe, il n'a pas frappé l'infirmier, etc...*

OBS. 370. — Moumini, évacué de l'hôpital Ste-Anne (Toulon) avec le diagnostic suivant : « délire de persécution à base d'interprétations et réactions violentes envers son entourage ». Ce tirailleur, un Peul, seul de sa race dans sa compagnie, est hospitalisé tout d'abord

pour arthrite gonococcique ; c'est au cours de sa convalescence qu'il présente une nuit un raptus furieux, menaçant ses camarades de son coupe-coupe. Il déclare qu'on se moque de lui, qu'il est l'objet de plaisanteries méchantes, etc...

Il arrive dans notre service très déprimé, répondant avec lenteur et d'une voix monocorde (caractères déjà latents chez les Peuls). Il raconte qu'un camarade a mis une poudre noire dans son café : c'était un mauvais gri-gri pour le faire haïr des officiers ; après l'avoir bu il a eu mal à la poitrine et c'est cela qui lui a tout fait comprendre ; trois semaines plus tard, lorsqu'on lui parle du gri-gri, il répond invariablement : « Moi pas connaître. »

OBS. 368. — Mamadou Kanté, Soudanais évolué, calme et lucide à son entrée dans notre service, *renie l'épisode d'excitation dont nous lui lisons le compte rendu* : il n'a jamais dit qu'on voulait le tuer, il n'a menacé ni frappé qui que ce soit ; il admet seulement qu'il a refusé de manger (mais c'est parce qu'il n'aime pas le riz !), et qu'il a été en conflit avec un caporal de race différente. Au cours de sa troisième semaine d'observation, il s'inquiète et s'isole, prétend que les soldats européens de la salle voisine et ceux qui se promènent dans la cour disent entre eux qu'on va le tuer. S'il en est ainsi, qu'on le lui dise en face, qu'on lui donne un fusil et il se tuera lui-même. Peu après, il trompe la surveillance du personnel et s'enfuit. On le retrouve, deux nuits plus tard, caché dans une voiture d'ambulance. Il dit alors qu'on l'a tué, qu'on l'a saigné comme un mouton : « Moi mort, mon père et ma mère foutus aussi, tout ça écrit sur le grand cahier », etc...

Bref, nous assistons à une réédition de l'épisode antérieur à son hospitalisation et qu'il reniait formellement dans un moment de rémission.

### Formes dégradées du reniement

Après avoir constaté la fréquence de ce « reniement » total et obstiné, nous avons relevé, dans un certain nombre d'autres cas, un processus du même ordre mais moins systématique, moins imperméable à la logique, moins invincible et pouvant revêtir des formes « dégradées » ou des « équivalents » :

a) *Reniement réductible*. — Les précisions du dossier, la répétition des examens, la patience du médecin, en dehors de toute suggestion, arrivent à vaincre le reniement.

Guinsouanté (obs. 357), convalescent d'un état dépressif avec manifestations pithiatiques à grand spectacle (cris, coups de tête contre les murs, contorsions à terre), déclare tout d'abord, à son entrée dans notre service, qu'il n'a jamais été malade, puis, progressivement, consent à raconter quelques traits de son affection.



b) C'est l'inverse de ce que nous avons observé chez Poussi (obs. 372) et que nous pourrions appeler le « *reniement retardé* » (aveu de cinq crises au premier examen, puis d'une seule à un examen ultérieur).

c) *Déguisement*. — N'osant pas renier en bloc tout l'épisode pathologique, le malade le travestit, en fait un récit plus ou moins fantaisiste, — sorte de compromis qui donnera satisfaction, pense-t-il, au médecin, sans l'exposer aux dangers de l'aveu pur et simple.

Koussari Dabiré (obs. 328) n'avoue pas la tristesse permanente, l'isolement obstiné, le refus de coucher dans la chambrée, le mutisme, la sitiophobie dont il est question dans le rapport médical, mais il admet qu'il a refusé de manger du riz (l'aliment préféré des Sénégalais), prétextant pour cela des incidents de service et des troubles abdominaux qui ne ressemblaient à aucun syndrome connu.

d) *Transfert*. — Au lieu d'imaginer une fable quelconque pour travestir une vérité qu'il redoute d'exprimer, le malade se contente d'attribuer les faits qu'il ne peut nier à toute autre cause, incidente ou concomitante.

Ainsi, Alkadri (obs. 302), jeune appelé de race foulla, qui présente à diverses reprises de petits épisodes confusionnels (désorientation, propos incohérents, inquiétude, agitation anxieuse, onirisme probable), prétend tout d'abord n'avoir pas été malade, puis, transposant dans l'espace et le temps les faits qu'il se décide à reconnaître, il en fait des manifestations... du mal de mer.

Chez plusieurs de nos tirailleurs (obs. 357) ci-dessus) nous ne sommes pas médiocrement surpris, d'entendre incriminer dans les mêmes conditions, le soleil et la chaleur !

e) *Minimisation*. — Ici encore, le malade finit par admettre un fond de vérité dans les observations médicales antérieures, mais il atténue à l'extrême l'intensité des symptômes et des réactions.

Bassane (obs. 305). Jeune tirailleur récemment débarqué et à peine sorti d'une brousse isolée et lointaine, est hospitalisé pour dysenterie. La nuit même de son admission, il s'enfuit dans la cour, disant qu'on veut le tuer, et il demande un couteau pour se défendre. Il explique le lendemain que c'était un homme de son village qui le poursuivait et le menaçait, il l'avait vu et entendu et toute sa famille était là pour pleurer sur son cadavre ! Simple rêve ? Onirisme ? On ne peut le



faire préciser, car il affecte d'y attacher peu d'importance..., et cependant la lettre qu'il fait écrire à ses parents, dans son village, témoigne de la persistance des troubles.

### Signification du reniement

Que veut dire cette attitude paradoxale ? Comment faut-il interpréter ce reniement qui choque si vivement notre esprit imbu de logique ?

Il est indispensable de résumer ici quelques résultats des recherches entreprises depuis la fin du siècle dernier par les ethnologues. A la théorie un peu gratuite du « bon sauvage » si populaire depuis Montaigne et reprise par J.-J. Rousseau, l'Ecole Anthropologique anglaise (Tylor, Frazer, A. Lang...) substitua une étude extrêmement documentée des mœurs, croyances et institutions des Primitifs ; elle essaya de les interpréter et d'en résumer l'esprit dans un système théorique, l'animisme, qui serait une sorte de philosophie innée, commune à la majorité des peuples non civilisés.

D'après Frazer (résumé par Lévy-Bruhl), l'hypothèse se décompose en deux temps : « En premier, le Primitif, surpris et ému par les apparitions qui se présentent dans ses rêves, — où il revoit les morts et les absents, cause avec eux, se bat avec eux, les entend et les touche, croit à la réalité objective de ces sensations. Pour lui, par conséquent, sa propre existence est double comme celle des morts et des absents qui lui apparaissent. Il admet à la fois son existence actuelle, en tant qu'individu vivant et conscient, et son existence comme âme séparable pouvant devenir extérieure et se manifester à l'état de « fantôme ». Il y aurait là une croyance universelle chez les Primitifs parce que tous subiraient une illusion psychologique inévitable, origine de cette croyance. En second lieu, désirant s'expliquer les phénomènes naturels qui frappent leurs sens, c'est-à-dire leur assigner une cause, ils généralisent aussitôt l'explication qu'ils se sont donnée de leurs rêves et de leurs hallucinations. Dans tous les êtres, derrière tous les phénomènes naturels, ils voient des « âmes », des « esprits », des « volontés » semblables à celles qu'ils croient avoir constatées chez eux-mêmes, chez leurs compagnons, chez les animaux. »

Lévy-Bruhl, disciple de Durkheim et de l'Ecole sociologique, reprocha à cette théorie d'avoir posé comme postulat l'identité foncière de tous les hommes de tous les pays et de tous les âges (comme le pensaient déjà Fontenelle, Voltaire, Auguste Comte)

et lui-même, au moins comme hypothèse de travail, soutint la thèse de l'hétérogénéité radicale des Mentalités « civilisée » et « non-civilisée ». De cette dernière, sans le suivre jusqu'au bout de sa thèse, nous retiendrons avec lui la structure spéciale des processus psychologiques, l'intervention constante de ce qu'il appelle les « *représentations collectives* » : c'est-à-dire la substitution des éléments affectifs, des croyances magiques du groupe, à l'observation objective personnelle et au raisonnement logique :

« C'est ainsi que là où nous ne voyons qu'un rocher bizarre, l'indigène pourra voir un diable ; ce crocodile sera pour lui le sorcier du village voisin. »

D'où leur tendance à *sentir* partout une « *participation* » entre les êtres ou les objets liés dans une représentation collective :

« Une sécheresse, au Congo, fut attribuée au fait que les Missionnaires portaient une certaine espèce de toque ; les Indigènes disaient que cela empêchait la pluie de tomber. Ils se mirent à pousser les hauts cris et à exiger que les Missionnaires quittassent le pays. »

« En Nouvelle-Guinée éclate une épidémie. Les Indigènes en accusent un Missionnaire et sa femme dont ils réclament en vain l'exécution. Ils se rabattent ensuite sur le mouton, puis sur les chèvres du Missionnaire et comme l'épidémie continue ils détruisent un portrait de la Reine Victoria qui ornait la salle à manger de la Mission. »

une identité essentielle entre le *totem* et tous les individus d'un groupe totémique :

« Les Bororo du Brésil disent qu'ils sont des perroquets, tout comme nous disons que Socrate est un homme (cité par Blondel). »

D'où encore leur *indifférence devant la contradiction* et leur *imperméabilité à l'expérience* :

« En revenant de chez le Roi, dit un voyageur de l'Afrique Equatoriale, je tirai un oiseau posé sur un arbre et je le manquai. J'avais pris de la quinine et ma main tremblait. Mais les nègres qui étaient là s'écrièrent aussitôt que c'était un oiseau-fétiche et que je ne *pouvais* l'atteindre. Je tirai de nouveau et je le manquai encore. Triomphe des assistants. Cependant je recharge mon fusil. Je vise avec soin et j'abats l'oiseau. Un instant déconcertés, les nègres expliquent bientôt que je suis un

Blanc et que les lois des fétiches ne valent pas entièrement pour moi ; en sorte que mon dernier coup de fusil ne prouvait rien pour eux en fin de compte. »

Ils ne distinguent donc nullement une perception réelle d'une autre qui est simplement imaginaire, mais forte ; attribuent au rêve la même valeur qu'aux perceptions vigiles ; l'ombre ou le portrait d'un individu sont sa propre substance. Ils réagissent devant les songes comme devant la réalité et imaginent des procédés spéciaux pour s'immuniser contre les dangers qu'ils leur révèlent.

Lévy-Bruhl insiste sur cette nuance que les Primitifs, loin de concevoir partout dans la nature des Volontés, des Esprits, des Ames semblables à la leur (ainsi que le soutient l'hypothèse Animiste) la *sentent* simplement ainsi : c'est chez eux un processus affectif beaucoup plus qu'intellectuel. Ce sentiment de la Nature ils ne cherchent nullement à l'approfondir, à en faire un système cohérent ; ils ne s'intéressent qu'aux conséquences dans leur vie pratique : ils essayent donc seulement d'apprécier l'efficience des Forces utiles ou malfaisantes et même de les diriger.

Le moindre événement insolite, anormal (ou jugé tel par eux, — c'est ce que les ethnologues nomment un « *transgression* ») éveille immédiatement leurs craintes : un phénomène météorologique inhabituel, un étranger de passage, une innovation technique, la vue d'un objet bizarre doivent être interprétés d'après les traditions et au besoin à la lumière de procédés spéciaux : extases provoquées, consultation des entrailles des victimes, ordalie par le poison. La maladie, les règles des femmes, les accouchements, la mort, sont considérés de même et nécessitent les mêmes recherches.

On conjure les puissances mauvaises. on attire les bienfaites par toutes sortes de rites, danses, cérémonies ; au besoin, on apaise les premières par une ébauche de réalisation : si elles ont fait savoir par un rêve qu'elles désiraient l'incendie de la paillette, on fait une paillette en miniature et l'on y met le feu : c'est une sorte de « vaccination magique ». Ont-elles montré par une maladie qu'elles désiraient la mort de X ? on leur donne satisfaction en déclarant X mort et enterré et à l'avenir le ci-devant X se nommera Y et reniera obstinément tout ce qui pourrait rappeler le prétendu défunt (Congo).

Je m'excuse de ce trop long rappel de faits ethnologiques. Il m'a paru indispensable à la compréhension du Reniement. La maladie, la folie surtout, apparaissent aux Indigènes comme une transgression redoutable. Les études de M. Cazanove ont montré

que tous les Africains voyaient dans les troubles mentaux l'œuvre de divinités malfaisantes, le résultat d'un envoûtement, d'un maléfice ou encore un état de possession.

L'un de nos malades, même en plein délire, voulait bien décrire les petits diables lilliputiens qui le tourmentaient, mais il se refusait avec terreur à répéter leurs propos, disant que cela le ferait mourir. Au Sénégal, celui qui a vu le Diable ne doit point en parler pendant au moins trois mois : sinon il le ferait revenir et se ferait châtier.

Tel paraît bien être aussi le sentiment qui préside au Reniement Systématique : je dis « sentiment », car il s'agit bien ici d'une de ces « représentations collectives » qui, nous l'avons vu, font plus de part à l'affectivité qu'au jugement. Le Primitif sent qu'il est mauvais de parler de la Folie passée ; il redoute, s'il le fait, de provoquer le retour des Forces Mauvaises qui l'ont provoquée. A l'imprudent qui y fait allusion, il répond par une négation obstinée, comme le ci-devant X le faisait tout à l'heure — ou, à la rigueur, il adopte un compromis qui satisfasse à la fois le Médecin (manière de sorcier qu'il vaut mieux ménager) et ses propres convictions. Nous arrivons alors à ces formes dégradées de reniement et, par transitions insensibles, à la réticence banale dont nous comprenons alors dans certains cas la signification.

Incontestablement, le public dans ses préjugés si tenaces à l'égard des troubles mentaux, garde l'empreinte de la conception magique qu'en avaient nos ancêtres. Bien souvent encore le malade et sa famille, croyant à un envoûtement, à un maléfice, vont trouver une cartomancienne, un « médium », pratiquent des incantations tirées du « Grand Albert », ou se livrent à des vengeanceances sur l'auteur présumé des manœuvres surnaturelles : l'histoire du curé de Bombon, dont mon Maître le Professeur Perrens fit une étude si pénétrante, en est un exemple typique. Certaines de ces pratiques comportent le « Renoncement » à un Pacte supposé avec les Puissances infernales, le « Reniement » solennel d'actes antérieurs, considérés comme d'origine diabolique.

A l'obscur sentiment d'une sorte de malédiction divine s'ajoutent bien d'autres motifs utilitaires de cacher dans son propre passé ou chez un membre de sa famille la « tare mentale ». La diffusion des théories (plus ou moins bien comprises, plus ou moins déformées) de la Dégénérescence ont entretenu ou renforcé le préjugé sans tout lui enlever de sa signification première. Si bien que le médecin lui-même, chez ses propres consul-

tants, chez ses malades guéris constate bien souvent une pareille tendance.

Voici, par exemple, le sergent F. guéri d'un long accès confusional d'origine palustre, imputé à juste titre au service colonial. Au cours d'une visite de contrôle, il nous fait une invraisemblable description de sa maladie (observée cependant par nous-même) s'ingéniant à la faire entièrement découler d'une banale mésentente avec un camarade et, bien entendu, à en minimiser à l'extrême les symptômes. On sent que c'est la version à laquelle il veut s'en tenir. N'est-ce point le « reniement déguisé », le « transfert » dont nous parlions plus haut ?

Nous ne nous étendrons pas davantage sur ces considérations de pratique psychiatrique autochtone qui ne veulent que suggérer quelques applications de ces études de psycho-pathologie comparée.

En résumé, lorsque nous procédons à l'examen psychiatrique d'un Noir, peu évolué, nous devons compter très peu sur sa bonne volonté pour obtenir des renseignements sur les commémoratifs ou sur les antécédents. Quelles que soient sa lucidité actuelle, sa franchise ordinaire, il sera retenu par le sentiment du danger magique auquel l'exposerait le récit d'une transgression redoutée. Nous verrons que cette attitude qu'il est indispensable de connaître pour aborder l'examen d'un Noir, explique aussi, dans une certaine mesure, l'évolution, en apparence discontinue de la maladie et le caractère « explosif » des réactions.

## II. — LES GRANDS SYNDROMES

### Les états de fureur

Les paroxysmes furieux des tirailleurs sénégalais sont à l'origine de drames malheureusement fréquents, même et surtout, je crois, chez ceux qui servent en dehors de leur contrée d'origine.

C'est une explosion délirante, aveugle, qui, d'emblée, atteint son maximum ; le malade, hors de lui, gesticule et vocifère, ou, replié sur lui-même, morne, buté, il paraît animé d'une haine implacable à l'égard de tous. Brandissant l'arme qui lui tombe sous la main ou qu'il dissimule depuis une phase de méditation plus ou moins transitoire, insensible à toute exhortation, il frappe féroce<sup>ment</sup> tous ceux qui tentent de l'approcher, détruit tout ce qui l'entoure.



Cazanove distingue deux ordres de faits :

1° Les « folies furieuses » d'origine purement médicale (épilepsie, par exemple), qui sont une « explosion brutale, instantanée, automatique, avec les caractères suivants : violence extrême, tuerie de n'importe quelle personne, destruction de n'importe quelles choses. La continuité de cet état d'inconscience est telle que le criminel ne songe pas à fuir ; il est, dans ce cas, abattu sur les lieux mêmes ».

2° Les « troubles psychiques d'origine médico-ethnographique dont les caractères sont les suivants : ils donnent l'impression de la préméditation ; ils semblent avoir un motif ; leur rapidité et leur sauvagerie sont moindres ; c'est une vengeance que le malade étend aux hommes et aux choses du voisinage ; il fuit, se cache, se défend, attaque à nouveau ; puis, la crise d'excitation passée, il prend conscience de la gravité de ses actes ; dans ce cas, il se suicide ».

Pour cet auteur, ces malades entreraient dans la catégorie des « persécutés-persécuteurs » de Falret (délires passionnels de Clérambault). Ils s'expliqueraient par la « tendance (des Indigènes) à entrer facilement dans la voie du délire de persécution à cause de leur mentalité de primitif, à cause de l'imprégnation ancestrale de leur psychisme par les coutumes rituelles, les superstitions, les concepts magico-religieux, à cause de leur domination par les sorciers... »

Tout en admettant la réalité de ces deux schémas (qui n'épuisent, certes pas, toutes les réalités cliniques), nous ne pouvons souscrire à cette psychogénèse exclusive des délires passionnels et nous ne pensons pas qu'on puisse faire habituellement intervenir cette psychose, rare chez les primitifs, sous sa forme classique (constitution paranoïaque, systématisation rigide, précocité, déductions logiques à partir du postulat initial, etc.).

A notre sens, la fureur des Sénégalais déborde de beaucoup ces deux cadres, comme le montrent les exemples suivants.

OBS. D. — *Confusion infectieuse ; fureur, suicide.*

D., jeune soldat de 20 ans environ, originaire de la Côte d'Ivoire, est hospitalisé pour pneumonie avec fièvre élevée (40). Au moment où la Religieuse s'approche de lui pour lui faire une piqûre, D. bondit sur elle, ramasse un couteau qui traînait sur la table, lui porte plusieurs coups au visage et piétine ensuite le corps de la blessée ; deux tirailleurs assistant à cette scène, s'élancent sur D. ; celui-ci leur porte également des coups de couteau. Enfin, il se barricade dans une petite salle contiguë et se tranche la gorge ; il meurt aussitôt. (Hôpital de Tarbes).



OBS. 164. — Sira Go. *Hypomanie*.

Subexcitation, activité désordonnée et importune ; jeux de physiologie, soliloques, projets de grands voyages, euphorie habituelle, mais parfois, brusquement, pleurs bruyants ou colères soudaines.

Le jour de son rapatriement, état de fureur lorsqu'on lui annonce qu'il ne retournera pas à sa compagnie. Il n'est maîtrisé qu'à grand peine et après avoir blessé plusieurs infirmiers et malades.

OBS. 313. — Daima (voir plus haut : Reniement). *Syndrome dépressif, onirisme terrifiant*.

OBS. 375. — Siko Zéla (voir *méningo-encéphalites indéterminées*).

OBS. 336. — Ouro. *Rhumatisme articulaire aigu*. Raptus furieux au cours d'une poussée hyperthermique et en raison d'interprétations délirantes : on veut le faire mourir de faim (diète), on veut le faire passer pour mort (un infirmier apportait un drap pour refaire son lit : il pense que c'était son linceul). Saisit un couteau, un tisonnier et un rasoir et menace tous ceux qui l'approchent. Doit être maintenu deux jours en cellule. (Liquide céphalo-rachidien normal, Bordet-Wassermann positif dans le sang ; œufs d'ankylostomes dans les selles).

OBS. 376. — S. K. *Trypanosomiase* confirmée par le laboratoire.

Somnolence, hypertonie, hyperesthésie profonde, bradykinésie, bradypsychie ; polyadénopathie, trypanides, œdèmes, albuminurie légère.

Etat soudain de fureur ; brise tout, jette les débris par la fenêtre, se précipite sur toutes les personnes qui tentent de l'approcher ; cris inarticulés, paroles incohérentes.

Nous ne ferons que mentionner des observations du même ordre où nous relevons les diagnostics de *démence précoce*, *mélancolie* anxieuse avec onirisme terrifiant, *accès à double forme* et même de simples *psychoses réactionnelles*.

Ainsi Amadou T. (obs. 54) qui se voit refuser l'autorisation de rengager est pris subitement d'un accès de fureur, vocifère contre tous les gradés, et sur une simple observation d'un caporal, s'arme de son coupe-coupe et le menace de mort.

De même, D. B., 23 ans, Guinéen (obs. 9), sans antécédents notables, soupçonné par ses camarades d'avoir empoisonné un tirailleur décédé subitement, est pris au cours de la nuit d'une crise anxieuse ; puis, déchaîné, hors de lui, il hurle son innocence tout en menaçant les voisins de sa baïonnette ; il n'est maîtrisé qu'à grand peine, et

après avoir blessé sérieusement l'un d'eux. A l'Hôpital il pleure, se lamente, se frappe la tête contre les murs (plaies du cuir chevelu). Il reste déprimé quelques jours, mais sans présenter de psychose vraie, si bien que, contrairement aux habitudes du service, on ne juge pas utile de le rapatrier.

Ces observations nous montrent que *l'état de fureur n'est qu'un mode de réaction, susceptible de se rencontrer dans un grand nombre d'affections mentales*, toutes les fois que se trouvent réunies les conditions suivantes, dont la clinique nous montre la coexistence :

1. *Un obscurcissement plus ou moins total de la conscience*, allant de l'obnubilation légère à la confusion profonde, du simple choc émotif à l'inconscience comitiale et englobant aussi les états déficitaires permanents (démences, déficits congénitaux ou infantiles). S'il est vrai que la conscience est « proportionnelle à la puissance de choix dont dispose l'être vivant (Bergson) », nous pensons qu'elle est fatalement troublée dans ces états, et « l'effrayante lucidité » du moment (Kretschmer), que le malade considère plus tard comme une « énigme incompréhensible », témoigne bien d'une fragmentation de la personnalité, au moins transitoire, comme on en rencontre dans les schizophrénies.

2. *Un état psycho-moteur spécial*, permettant une brusque libération des automatismes agressifs, violents ; complexe dont nous connaissons mal le substrat biologique, mais que nous savons réalisé par certains toxiques (alcool, kif), des cérébropathies (épilepsie) ; certains facteurs ethniques jouent ici un rôle important.

3. *Un trouble affectif variable* : sentiment d'hostilité, d'insécurité, de danger imminent, d'injustice (1), parfois un simple état de spleen ; ce trouble affectif reconnaît des origines très diverses : paranoïaque, anxieuse, hypocondriaque, ou même réactionnelle (déception à la suite d'un examen manqué, d'une récompense non décernée, punition injuste, plaisanteries sinistres, etc.).

Ces trois facteurs peuvent être réunis par une seule cause (accident comital, ivresse excito-motrice) ou exiger, au contraire, un concours de circonstances biologiques nombreuses. Du groupement variable de ces éléments résulte toute une gamme des

(1) Les officiers des troupes coloniales savent bien comme il est nécessaire de se montrer scrupuleusement justes envers leurs hommes et de savoir écouter leurs doléances.

aspects de fureur : confusion épileptoïde, revendication furieuse, manie violente, et surtout onirisme terrifiant (voir plus loin).

La mentalité primitive ne saurait remplir, à elle seule, ce triple rôle : chez de nombreux peuples non civilisés, malgré la similitude des conceptions magico-religieuses, ces raptus sont inconnus. Entreront en ligne de compte :

*des facteurs ethniques accidentels* (parasitisme intestinal pour Cazanove ; peut-être sous-alimentation et carences dans certaines peuplades),

ou *fonciers* (hypoglycémie signalée par Pales ; vagotonie ; alcalose ; hypersudation entraînant, pour Cazanove, en cas de ration hydrique insuffisante, de l'urémie convulsive, etc.), qui conditionnent en même temps le comportement et le caractère de la race : susceptibilité, impulsivité, bellicisme...

Des conditions *sociologiques ou psychologiques particulières* peuvent aggraver ces tendances : ce sont celles qui, dans l'éducation ou les mœurs, exaltent le culte de la force, de la valeur guerrière, développent les tendances sadiques, multiplient les rites sanglants dont les voyageurs du XIX<sup>e</sup> siècle nous ont décrit les atrocités. Ce sont également celles qui diminuent les facultés supérieures d'inhibitions dont notre civilisation et quelques disciplines orientales préconisent la culture.

Nous pouvons rapprocher ces états de fureur de manifestations bien connues de la psycho-pathologie générale. Celles que Kretschmer nomme les *réactions explosives*, les *réactions de circuit*, les unes et les autres sont des décharges (élémentaires et plus ou moins inconscientes dans le premier cas, plus compliquées et parfois en pleine lucidité apparente dans le deuxième cas), qui échappent au contrôle, au « filtre » de la personnalité totale, et sont parfois en opposition complète avec elle ; elles résulteraient de complexes affectifs, parfois lointains, dont l'accumulation ou l'intensité produit une sorte d'hypertension psychique, brutalement libérée à l'occasion d'un incident, grave ou insignifiant.

Ces définitions, que notre ignorance ne peut traduire en termes plus précis, correspondent en tout cas à des faits bien connus.

Réactions explosives, l'ivresse excito-motrice, la fuite aveugle de l'anxieux, le raptus mélancolique, certaines révoltes dans les prisons, etc...

Réaction de circuit, le double suicide d'amants malheureux, certaines fugues d'écoliers punis, certains infanticides de filles-mères, la désertion de jeunes conscrits débiles, quelques actes de

kleptomanie ou de sadisme ; de même le crime de cette jeune paysanne chétive et timide, brusquement transplantée dans une grande ville comme domestique : prise de nostalgie, hantée du désir obscur de retourner chez elle, sans s'être plainte jamais à qui que ce soit, elle met le feu à la maison, après avoir égorgé dans leur lit les enfants de ses patrons.

C'est bien ainsi que se présentent nos Sénégalais : leur douceur, leur docilité, leur zèle, sont attestés par les témoignages concordants de leurs chefs. Un observateur attentif trouverait cependant, dans leur comportement, l'annonce de cette « lame de fond » qui va déferler : le tirailleur a perdu sa bonne humeur habituelle, il ne se mêle plus aux interminables palabres, on n'entend plus son rire bruyant ; il ne mange plus ou emporte sa gamelle dans un coin ; il déserte son lit, emprunte parfois celui d'un voisin, conserve son coupe-coupe jour et nuit sur lui. Qu'on se hâte de l'envoyer en observation avec toutes les précautions d'usage, dès cette phase d'incubation, sinon ce sera le drame.

### L'onirisme terrifiant

Nous rapprochons à dessein ce syndrome des « états de fureur », qui en sont trop souvent la conséquence. Mais, dans bien des cas cependant, soit du fait des facteurs exogènes, soit du fait du terrain, les réactions observées sont du type hyposthénique ou auto-destructif : fugue, mutilation, suicide.

*Le thème ne varie guère* : c'est presque toujours le scénario de la condamnation à mort, du Conseil de guerre, des préparatifs de l'exécution dont le malade voit ou entend les scènes successives, à moins qu'il n'en reconstitue le déroulement à l'aide de quelques indices : chuchotement des camarades, phrases à double sens, sonnerie du clairon, bruit de pas dans la rue ou dans les couloirs, etc... Au lieu de la mort, c'est parfois de supplice (section du poignet, castration, etc.) qu'il s'agit.

Une fois déclenché, le paroxysme s'épuise de lui-même, et d'autant plus vite, en général, qu'on isole plus précocement le malade, ou bien il s'alimente, dans les menus faits de l'ambiance, grâce à une sorte d'*éréthisme nerveux*, d'hypéresthésie sensorielle qui amplifie, sélectionne, dénature les perceptions et donne naissance à de multiples illusions, des pseudo-constats stéréotypés, des interprétations, etc...

Dans nos pays, devant ce tableau clinique, nous pensons surtout à l'alcool — étiologie possible également chez le Noir,

mais avec une fréquence beaucoup moins grande — nous le rencontrerons *dans la plupart des psychoses* : plus particulièrement dans les *syndromes anxieux*, les *états dépressifs*, les *toxi-infections de tous ordres* ; il peut même (et en ceci il se rapproche des *terreurs nocturnes* des enfants), trouver son origine dans un *simple cauchemar*, dans des *représentations hypnagogiques* (nous avons déjà souligné aux Indes leur importance psychogène), des *troubles cénesthésiques* (digestifs, respiratoires, kinesthésiques, etc.) (1), *à fortiori*, des chocs émotifs, des états névropathiques plus ou moins accentués.

Remarquons, en ce qui concerne les mécanismes, qu'il sera souvent difficile de faire préciser s'il s'agit de *rêves* ou d'*hallucinations*, certaines langues indigènes n'ont pas un vocabulaire assez nuancé pour nous l'expliquer, l'interprète est souvent médiocre, le primitif confond facilement rêve et réalité. Il ne retient que la valeur affective des images « c'est bon » ou « c'est pas bon », et ne sait plus s'il était éveillé ou endormi. D'autre part, il utilise des métaphores trompeuses qu'il importe de bien connaître : « Un diable tombe sur moi et me serre la poitrine » exprime que le malade a ressenti une gêne respiratoire, mais habituellement sans la moindre perception visuelle.

L'*évolution* est assez variable suivant les facteurs étiologiques et les psychoses, également suivant le terrain. L'ivresse, une infection aiguë, un choc émotif président aux paroxysmes brefs.

L'alcoolisme chronique, les méningo-encéphalites lentes, le spleen engendrent des épisodes plus prolongés.

*Le sujet primitif (qui vit dans le présent et renie avec conviction le trouble passé) reste moins longtemps influencé par ses hallucinations que l'indigène évolué dont on sait les tendances paranoïaques et les interminables ruminations.*

La multiplicité des causes occasionnelles possibles fait que l'on observe parfois des cas de « *contagion mentale* » (plus exactement contagion du délire et contagion des réactions). Ainsi, Ouarou (Obs. 371), dans une crise anxieuse, adopte les mêmes idées délirantes que son voisin de lit (on dit dans la cour qu'on va le tuer) et comme lui, il s'enfuit du dortoir et va se cacher dans un réduit obscur (notons qu'il avait fait antérieurement une tentative de suicide, manquée de peu : plaie très large et très profonde de la région antérieure du cou).

(1) NOTE : L'indigène insiste souvent sur la variabilité de ses troubles suivant la *position* : décubitus latéral droit ou gauche, ventral, etc..., les récents travaux sur les réflexes clinostatiques, la régulation périphérique des circulations locales, les données labyrintiques, etc..., doivent nous inciter à étudier de plus près ces phénomènes.



Cette description générale nous dispense d'une fastidieuse suite d'observations, qui ne feraient que la reproduire, à quelques nuances près ; nous en trouvons des exemples d'un bout à l'autre de ce travail.

### L'onirisme euphorique

La description précédente évoque immédiatement un tableau du même ordre, surtout visuel ou mixte, mais dans la note affective opposée. L'un et l'autre peuvent alterner chez le même sujet, et relever, par conséquent, des mêmes psychoses ; bien entendu, celui qui nous occupe maintenant, *infinitement moins fréquent*, se rencontrera de préférence dans les états euphoriques, maniaques par exemple ; de plus, *il s'intègre moins que le précédent dans la réalité* — les illusions, les interprétations des incidents ambiants ne sont pas de règle — c'est surtout un état fait de souvenirs hypnagogiques, d'images fixées au cours d'un rêve, de représentations très vives prises pour la réalité ; dans le cas suivant, l'ophtalmopathie paraît avoir réalisé cet isolement de la réalité, qui est une condition prédisposante importante.

*Pathé Diouf* (obs. 337) est observé après 18 mois de services. Il est en instance de rapatriement pour lèpre (diagnostic contesté par la suite, mais probable). Une kérato-conjonctivite, vraisemblablement de même nature, l'a rendu presque aveugle.

Il est admis dans notre service à la suite d'un accès d'excitation et de réactions violentes, qui sont la conséquence d'un épisode d'*onirisme terrifiant*. Par la suite, nous observons encore des épisodes semblables plus atténués, mais à peu près quotidiennement, on le voit figé dans la même attitude, ayant l'air d'observer un spectacle qui l'émeut ou le ravit. Il fait ainsi des stations interminables, dans l'escalier ou divers coins du service.

Parfois il pleure ou prie, ou fredonne à mi-voix une mélodie indigène.

Il explique qu'il est en relation avec un grand sorcier qui le guide et le soutient, lui fait voir sa famille — le remet en présence de scènes de sa vie passée ou lui montre son avenir. Il voit les personnages très nettement, *surtout de l'œil aveugle* ; d'autres fois il reconnaît seulement les voix, sans voir personne. S'il se couche *sur le côté gauche, il voit des vieillards, des sages ; sur le côté droit ce sont des enfants qui lui apparaissent* — les voix sont tellement nettes qu'il y répond parfois et qu'il en fait part à ses camarades.

Il est heureux de tout cela ; « c'est, dit-il, un bienfait dans mon malheur », mais il n'en tire aucune idée délirante mégalomaniacale, ce qui le différencie des délires mystiques systématisés de nos pays.

D'ordinaire, il s'agit de la vision du pays : le village, la forêt natale, la famille, avec des perceptions auditives adéquates (la langue de la tribu, les chants indigènes, le tam-tam).

La joie de ce spectacle peut se muer soudain en désespoir, comme chez S. M. (Obs. 342) — atteint, lui aussi, d'une lésion oculaire — et dont le spleen se transforme alors en raptus anxieux (voir Reniement).

Un *épisode éthylique subaigu prolongé*, chez le Sergent D. (obs. 66) engendre des visions agréables qui alternent avec les hallucinations terrifiantes (bêtes féroces, etc...). Il voit au plafond une *femme blanche*, jolie et bien habillée, qui l'appelle « Mon Lieutenant » (deux thèmes euphoriques assez fréquents chez le Noir : la femme blanche, les galons). Elle aussi, croit-il, doit être Lieutenant, elle lui raconte tout ce qu'il a fait en service le jour même ou la veille, etc...

Signes nets d'imprégnation ; rectification totale par la suite.

Voici *Mameri Koné*, tiraillleur Bambara (obs. 369) ayant 9 ans de services et qui entend le jour et surtout la nuit (mais éveillé) des voix de djinés ; se sont des hommes ou des femmes ; ils le visitent grâce à l'influence d'un de ses anciens maîtres de l'Ecole Coranique. (Cependant il est depuis peu devenu catholique). C'est pour lui *un grand privilège dont il est tout fier* ; ces voix disent : « Mameri est bon, il ne faut pas qu'il fasse le mal » ou bien elles prononcent simplement le nom d'Allah ; il entend par les oreilles ou dans la tête. S'il fait la prière à la musulmane, *en se prosternant, il voit des djinés* petits comme lui ou grands « comme plafond ». A côté de ces phénomènes et sans rapport avec eux, semble-t-il, il se plaint, mais sans passion, d'un sergent qui lui voulait du mal par jalousie (parce qu'il était le plus intelligent de tous) et qui l'a empêché d'avoir la médaille militaire. Phénomènes comitiaux possibles, mais non constatés. Fonds mental de débilité. Suspect de trypanosomiase.

### Le suicide

L'Ecole Sociologique a étudié le suicide chez les primitifs (1) ; ses conclusions cadrent parfois assez mal avec les observations et de laborieux commentaires s'évertuent à nous prouver, dans tous les cas, qu'il s'agit d'un fait social (Durkheim, Halbwachs : trop faible intégration des individus dans le groupe), en atténuant la part individuelle du sujet. Mais il nous semble que l'on a négligé un peu trop les facteurs psychiatriques qui, chez le

(1) Nous avons eu récemment communication d'un intéressant mémoire de J. Raynaud : « Le suicide en Afrique Noire ».

primitif, comme chez nous (A. Delmas), en sont la cause la plus importante : en effet, les conditions sociales restant les mêmes, l'idée de suicide disparaît en même temps que l'état morbide (cas banal des états dépressifs).

Cela ne nous empêche pas, bien entendu, de retenir certains facteurs spéciaux tenant aux croyances des indigènes :

Par exemple, dans le *suicide-vengeance*, le sujet qui ne peut, en ce monde, accomplir sa vengeance, se tue pour tourmenter de l'au-delà ses ennemis, ou encore pour aller combattre les êtres surnaturels que, vivant, il ne peut atteindre. Certaines populations (Gold coast) mettent à mort le responsable d'un suicide : d'où les cas de « meurtre indirect » de sujets qui se tuent en faisant savoir qu'un tel en est la cause. Dans ces divers cas, relatés par les ethnologues, il n'est pas rare, malgré le manque d'examen psychiatrique, de trouver des *preuves* ou des *présomptions* de *maladies mentales*. Ainsi, dans le cas reproduit par Raynaud de « *suicide défensif* » destiné, aux yeux du sujet, « à mettre fin aux poursuites incessantes de mauvais esprits », on a la notion d'un état mélancolique où l'impulsion-suicide (tout comme le sentiment d'indignité) résulte de troubles affectifs primitifs ; secondairement, le malade élabore un délire explicatif quelconque du type précédent.

Citons encore le « *suicide d'amour-propre* » : l'indigène qui, dans une rixe, a manqué son adversaire, se plonge son couteau dans le ventre. Notre distingué collègue Pales a observé, en A.E.F., des cas de ce genre, et celui-ci qui s'en rapproche :

Un lépreux chrétien, ancien tirailleur, quitte le village de ségrégation en l'absence du docteur M. et prétend avoir eu l'autorisation de ce dernier (fait reconnu exact plus tard) ; le docteur P. et l'administrateur lui ordonnent, en attendant le retour du D<sup>r</sup> M. de retourner au village de lépreux. L'indigène raconte qu'il est venu pour surveiller sa femme, que celle-ci le trompe et ne veut pas venir avec lui. Furieux d'avoir à la quitter et de cesser sa surveillance, il se met à sa poursuite, la frappe en plein marché de plusieurs coups de couteau au ventre ; elle meurt. Il s'enfuit ; la police le poursuit, on le traite de « lâche », on lui crie : « Maintenant tu as peur de la mort, tu as peur de la Justice des Blancs ». Il s'arrête et leur fait face : « Moi peur ? tiens regarde ». Il s'enfonce le couteau par trois fois dans la plèvre gauche (pas loin du cœur) et dans l'abdomen (section de la rate). Opéré et guéri, il s'étonne ne pas avoir subi la peine du talion. Puis il va trouver le Missionnaire et déclare : « Maintenant tout fini », considérant l'incident comme clos.

Dans cette observation, on décèlerait, à côté de certains traits de la psychologie des Noirs, le reflet de la mentalité habituelle des lépreux.

De même Zama (obs. 349), excellent tirailleur, reçoit de mauvaises nouvelles de son pays ; il devient triste, s'isole, mange seul dans un coin sans vouloir se mettre à table avec ses camarades. On s'aperçoit à la même époque que sa femme touche indûment une allocation pour un enfant non régulièrement adopté. Se croyant accusé d'indélicatesse, réprimandé peut-être un peu trop vigoureusement par un sous-officier, Z. se fait à la région antérieure du cou une plaie pénétrante qui, par miracle, ne détermine pas la mort. La mise en observation après guérison chirurgicale ne montre pas de troubles mentaux persistants, mais néanmoins la langue est sabburale, l'abdomen douloureux, les selles sanguinolentes. Ce sujet sans être un alcoolique fait usage de vin et de bière. Bref, ici encore, on a la notion d'un *syndrome psycho-organique discret* mais dont on ne peut méconnaître l'existence pour apprécier les origines du geste auto-destructeur.

Nous avons observé des *tentatives de suicide par colère* :

Amadou (obs. 351) se bat un soir avec un caporal ; il est encore très surexcité le lendemain, lorsqu'on veut le mettre aux locaux disciplinaires. Enfermé, il entre dans un état de fureur terrible, menace ses co-détenus, arrache la baïonnette d'un homme de garde et tente de se suicider. Mais nous apprenons que c'est un sujet anormal, présentant depuis l'enfance des crises comitiales, taciturne violent, impulsif, avec de notables troubles neuro-végétatifs.

Nous avons vu que *ces états de fureur* ainsi que *l'onirisme terrifiant* se terminaient souvent par un suicide et particulièrement lorsqu'ils étaient la manifestation d'une *mélancolie anxieuse* : les observations en sont très nombreuses, mais il est inutile dans une revue médicale d'insister sur ces faits trop connus.

### Syndrômes délirants. Tendances paranoïaques

*L'idée délirante* chez l'indigène est d'une analyse particulièrement délicate.

Nous avons déjà vu combien il était difficile d'en obtenir l'aveu lorsqu'elle est ressentie (en elle-même ou dans ses mécanismes générateurs), comme une « transgression », et avec quelle constance, avec quelle fermeté elle est reniée.

Par contre, nombre d'affirmations invraisemblables et illogiques (à nos yeux) ne sont que l'écho banal de croyances locales, l'expression de « représentations collectives », sans valeur

séméiologique. En particulier, la croyance générale à l'intervention de diables et de divinités malfaisantes, d'influences magiques, n'a, *bien souvent, rien de pathologique* (nous avons montré dans notre thèse, à propos des délires de métapsychique de nos pays, les caractères des conceptions authentiquement morbides. Il serait facile de les transposer ici). Elle n'est même que peu pathogène ; l'indigène vit dans le surnaturel ; s'il y trouve parfois des sujets de craintes nouvelles ou de fâcheuses inspirations pour son comportement, nous avons vu qu'il y trouvait aussi d'excellentes règles d'hygiène mentale (Reniement).

Ainsi, comme G. de Clérambault l'a maintes fois souligné dans les délires spirites, *les croyances et les pratiques occultistes* n'entrent que dans une faible mesure, ou pas du tout, dans le déterminisme des maladies mentales ; en règle générale, elles n'ont été *qu'un aliment commode*, une explication satisfaisante des troubles ressentis et ce sont ces troubles qu'il importe de dépister (dys-cénesthésie, illusions, hallucinations, éréthisme nerveux, asthénie, anxiété, obnubilation confusionnelle plus ou moins profonde, etc.), en précisant, si possible, leur étiologie organique.

Le thème *persécutif* est le plus fréquent : un camarade, un gradé qui lui veut du mal, lui a fait un mauvais gri-gri : le féticheur ou le marabout a écrit quelque chose de mauvais contre lui ou a donné une poudre malfaisante qu'on a mis dans son café ; les Blancs ne connaissent pas ces choses et ne peuvent rien contre elles. Seul un sorcier de chez lui ou un proche parent pourra le guérir.

Comme nous venons de le dire, ce n'est là qu'un délire *explicatif*, nullement pathologique en soi (pseudo-délire), et qui rend compte, chez l'indigène, conformément à ses croyances ancestrales, soit de troubles *cénesthésiques* (abdominaux ou thoraco-abdominaux ; la région rétro-sternale, le creux épigastrique, l'ombilic en sont les points d'élection), soit de *troubles sensoriels* (hallucinations) ou de toute autre anomalie psycho-organique ressentie.

Le thème du « vol d'argent » mérite également d'être souligné et il n'est pas toujours facile à élucider : en effet, il arrive parfois que des sous-officiers peu scrupuleux se fassent confier les économies de leurs subordonnés et les dilapident, quittes à nier plus tard ce dépôt sans témoin et sans reçu. D'où les réclamations justifiées des victimes. Mais, d'autres fois, des tirailleurs sur le point d'être rapatriés, honteux de rentrer



dans leur village sans argent, finissent par se persuader qu'on leur a volé leurs prétendues économies,

(OBS. 47). — Le Brigadier F., inquiet et déprimé à l'approche de son rapatriement, se barricade un jour dans la chambrée, et la baïonnette en avant interdit à qui que ce soit d'approcher. Il vocifère contre le voleur d'économies (que chacun sait imaginaire).

ou que l'autorité militaire leur doit encore des indemnités non touchées :

OBS. 65 (Voir alcoolisme).

Une *ivresse délirante*, ou même un *simple rêve*, cristallise parfois la revendication.

Les délires expansifs, dépressifs, anxieux, ont été étudiés plus haut ; nous n'y reviendrons pas.

La *systématisation* est inexistante ou très rudimentaire, en règle générale, chez les primitifs : on ne peut tirer du malade qu'une succession confuse de propositions de même teinte affective et dont nous n'apercevons pas toujours les liens, peut-être parce que ces liens s'inspirent infiniment moins du principe de causalité que de celui de « *l'équivalence magique* » (1).

Par contre, le Noir dit « évolué », le vieux sous-officier, le tirailleur qui sait lire et écrire, le « citoyen », ont une propension bien connue, à la revendication acharnée, soutenue et véhémence. Leur vanité, leur susceptibilité ombrageuse, leurs réclamations passionnées sont légendaires.

Nous en verrions la plus haute expression chez les Antillais, mais ici, d'autres facteurs interviennent (métissage, méfaits héréditaires du rhum, etc.).

On a voulu rapprocher la pensée paranoïaque de la mentalité primitive (théorie de Tanzi). Les rapports ne sont que partiels (logique affective surtout), mais ce sont *précisément les sujets relativement évolués* qui ont les tendances paranoïaques les plus accentuées ; cette évolution, il est vrai, *a été ordinairement défectueuse* et trop rapide ; elle a entraîné l'abandon prématuré de certaines croyances et institutions ancestrales (susceptibles de réfréner les penchants dangereux de chaque groupe ethnique), avant qu'une nouvelle civilisation ait pu être assimilée.

(1) Il nous paraît excessif de dire que le primitif considère comme identiques un caillou allongé et un poisson, des stries sur un rocher et la pluie, etc... Il leur attribue seulement une *même valeur magique*.

Le culte de la justice, si vif chez eux et exalté par la prédication égalitaire, s'est trouvé souvent heurté par la constatation d'inégalités de fait entre le Blanc et lui ; d'où un sentiment latent de *méfiance*, d'*injustice*, d'*hostilité*, entretenu par la *vanité native*. Nous ne pousserons pas plus loin cette psychogénèse, qui ne saurait être qu'approximative, étant données les différences psychologiques considérables entre les divers groupes ethniques primitifs. Ces différences expliqueront en particulier la note hypersthénique du caractère paranoïaque dans les races combattives, la note hyposthénique chez les peuplades pacifiques.

D'autre part, des facteurs endogènes et exogènes nombreux contribuent à accentuer cette première nuance (alcool, kif) ou la seconde (opium, auto-intoxications asthéniantes, etc.).

## Evolution générale des psychoses

### LES BOUFFÉES DÉLIRANTES

La pratique psychiatrique dans le milieu que nous étudions montre la grande importance des manifestations paroxystiques :

Paroxysmes moteurs : crises convulsives épileptiformes, névropathiques, émotives.

Paroxysmes psycho-moteurs : équivalents comitiaux, états de fureur, états de stupeur passagers.

Paroxysmes sensoriels et psycho-sensoriels : hallucinoses aiguës, onirisme terrifiant, onirisme euphorique.

Paroxysmes idéo-affectifs : bouffées délirantes, paranoïa aiguë, crises anxieuses, délires passionnels transitoires, etc...

Cela ne veut pas dire qu'un observateur averti ne puisse déceler des *signes permanents* de la psychose dans l'intervalle de ces crises et même avant leur éclosion ; il faut, au contraire, attacher une grande importance aux *signes prémonitoires et résiduels* (humeur morose, soliloques, isolement, méfiance, port d'armes pendant la nuit, changement de lit, etc.), et il est certain que des études futures de ces malades apporteront des analyses plus complètes et des interprétations plus précises.

Il n'en est pas moins vrai que les divers processus de « *décharge* » gardent, chez les primitifs, une fréquence toute particulière, tout comme chez l'enfant ou chez le débile, dont par ailleurs ils s'écarteront beaucoup.

En préciser les causes est une besogne encore prématurée, étant donnée l'indigence des données biologiques en notre possession.

Une *labilité ethnique spéciale des centres* habituellement intéressés dans ces états (*sensoriels et moteurs, noyaux gris centraux, centres végétatifs di-encéphaliques*), est possible, rendant compte des premières manifestations explosives auxquelles nous avons fait allusion, de la fréquence des troubles de la fonction hypnique, des troubles trophiques cutanés, musculaires, etc. ; mais des *facteurs pathogènes spéciaux* lèsent électivement, et par décharges périodiques, les mêmes régions : protozooses, helminthiase, par exemple, auxquels s'ajoutent l'action de l'alcool, de la syphilis, de ces « *névrasoses périodiques* » dont parlent Baruk et Mlle Gévaudan, et dans les pays d'origine, celle des avitaminoses, de la sous-alimentation, etc...

Tous ces éléments peuvent contribuer à une « *dissolution* » (au sens de Jackson, récemment remis en honneur par Ey et Rouart), comparable, *dans une certaine mesure*, aux états oligophréniques ou à diverses étapes de l'enfance.

La *débilité mentale* est loin d'être une condition nécessaire à l'éclosion de ces manifestations paroxystiques. Dans la grande majorité des cas, au contraire, il s'agit de tirailleurs très bien notés, d'excellents soldats, dont le comportement antérieur et consécutif montre le parfait développement psychique.

Dans ces divers états, on trouve, comme chez le primitif, une prédominance de la vie affective, un manque de régulation du comportement par la raison, par la logique. D'où ces bouderies soudaines, ces colères puériles alternant avec l'euphorie habituelle, au gré, sans doute, de la cénesthésie ; nous avons là, en miniature, une reproduction des épisodes pathologiques précédemment décrits ; mais ces derniers demandent, pour se produire, des altérations plus importantes de l'organisme ou des humeurs.

Les fonctions psychiques les plus élevées, ou plutôt les processus psychiques que nous considérons comme plus perfectionnés (idéation logique, abstraction, généralisation), mis en jeu par les *primitifs* d'une façon plus sommaire, paraissent *moins atteints* par les facteurs pathogènes (rareté des délires systématisés, par exemple). Par contre, chez des sujets qui franchissent trop vite les étapes de la civilisation, elles sont électivement perturbées (fréquence des délires passionnels).

D'autres facteurs *sociologiques* et *psychologiques* méritent également d'être retenus :

Ceux qui favorisent la « liquidation » des épisodes pathologiques. Nous avons longuement insisté sur le rôle et la signification du « *Reniement systématique* ». Janet a bien mis en

évidence l'action nocive des émotions mal liquidées, des « souvenirs traumatiques », qui mobilisent une grande quantité de forces, créent, dans le psychisme, une activité automatique presque détachée de l'activité réfléchie et déterminent un épuisement nerveux générateur de la névrose. « Ces malades, dit-il, seraient immédiatement guéris s'ils oubliaient l'événement... Ce serait une découverte précieuse pour la psychiatrie que celle qui nous permettrait de créer l'oubli à volonté » (*La médecine psychologique*, 172-180, Flammarion).

Le primitif, d'instinct, a fait cette découverte et nous pouvons l'envier de son pouvoir de Reniement qui, lorsqu'il n'est pas purement superficiel, liquide au mieux les épisodes uniques, et donne aux affections à rechutes leur véritable allure qui est discontinue ; chez les sujets évolués, les périodes intercalaires restent troublées, soit par la rumination démoralisante de la maladie passée, la honte de la « tare » qui va atteindre la famille, l'appréhension des récidives (c'est le cas des affections où existe le sentiment de l'état morbide, soit encore par l'édification d'un *délire explicatif*.

Au besoin, l'indigène possède encore d'autres moyens de liquider l'événement gênant, dans des cérémonies magiques : exorcismes divers, extirpation par un sorcier ou par un parent d'un objet maudit, d'un animal ; sacrifices, pèlerinages, etc...

Voici quelques exemples de bouffées délirantes :

*Obs. 209. M'Du Kouané : Crainte d'être assassiné* par ordre du lieutenant dont il a été l'ordonnance pendant 15 jours. Se présente au Poste de Police de la Caserne sans casque, sans armes, sans équipement, très excité, venant de fuir de son poste, puis se barricade dans sa chambre après avoir refusé de manger, de crainte d'être empoisonné. Avait demandé à être relevé de son emploi d'ordonnance, disant qu'il ne comprenait pas assez bien le français et qu'il faisait mal son travail (ce qui était inexact) ; couchait toujours avec un gourdin muni d'une pointe acérée ; comportement normal à l'hôpital ; légèrement déprimé. Peau sèche et squameuse, décolorée. Bordet-Wassermann ++++. Rejoint son corps après guérison avec la mention : « à changé d'unité. »

*Obs. 210. Touaoro (Guinée), 23 ans, 4 ans de services. Rapatrié de Tunisie. A Gafsa, se plaint que sa tête tourne, cela augmente dès que quelqu'un le regarde, refuse d'aller à la visite. Les camarades lui veulent du mal et se munissent du coupe-coupe pour lui couper la gorge. Il se cache : fugues pour fuir des ennemis imaginaires ; tremblant, sursaute au moindre bruit, dévisage avec inquiétude tout nou-*

vel arrivant, examine ses mains, se retourne brusquement. Refuse avec méfiance le moindre cachet. Couche avec un bâton ; fugues à 10, 12 kilomètres. Dans sa chambre se couche à plat ventre, se cache, se barricade, répète qu'on veut lui couper le cou. A *Tunis*, couteau ouvert dans sa poche, résistance acharnée pour le désarmer, alternatives de colères et de violences. A *Marseille*, calme et lucide.

Obs. 370 (voir Reniement).

Voici maintenant l'observation d'un sujet élevé à l'Européenne, chez lequel s'intriquent plusieurs facteurs étiologiques :

Obs. 363. — Lieutenant X., 28 ans. Période d'abus éthylique, ictère. Inquiétude, méfiance, isolement ; interprète toutes les paroles de ses camarades. Brusquement un après-midi, en entendant une sonnerie de clairon, croit qu'il va être fusillé. Se barricade dans sa chambre et fait une tentative de suicide par coups de canif aux poignets, dans la région pré-cordiale et à la nuque.

Il ne s'agit pas d'un onirisme éthylique banal : peu ou pas d'*onirisme visuel* (cependant voit en rêve, une nuit, la scène de l'exécution), pas de zoopsie ni autres thèmes habituels.

Par contre *hallucinations auditives* (roulements de tambour, salves, qui annoncent l'exécution, réflexions en langue indigène des tirailleurs « on va exécuter le lieutenant »), *olfactives* et *gustatives* (odeur de H<sup>2</sup>S dans ses gaz, goût spécial du sulfate de soude) *interprétations nombreuses* (les autres officiers faisaient allusion à lui en disant : « La France aux Français », ou d'un geste avaient l'air d'ap-puyer sur une gâchette — allusion à son exécution — on lui demandait avec intention : « Chez vous, vit-on longtemps ?, etc.).

D'autre part, il a des *idées délirantes d'auto-accusation* (fautes professionnelles, incapacité, indignité...) et des préoccupations hypochondriaques (il va avoir une hémiplégie, une bilieuse, etc.).

Présentation calme, légèrement hostile ; nullement excité, réponses brèves avec réticence. Signes discrets d'imprégnation éthylique (langue saburrale, subictère, foie un peu gros, pas de tremblement, réflexes normaux, pouls à 78). Bordet-Wassermann positif dans le sang, négatif dans le liquide céphalo-rachidien ; ce dernier contient 6 éléments (mais il y a quelques hématies dans le liquide) et 0,22 pour mille d'albumine. Guérison en une dizaine de jours.

(à suivre).



# PSYCHOSE DE CIVILISATION

PAR

A. DONNADIEU (1)

Le contact de deux civilisations peut produire un conflit, trouvant son origine dans les différents modes d'existence qu'est appelé à vivre le sujet, dans une mauvaise assimilation d'une instruction à laquelle il n'a pas été préparé, dans des divergences religieuses, philosophiques, etc...

De tels faits sont rares, mais le cas du jeune Mohamed S... m'a paru intéressant à rapporter, et par le polymorphisme des troubles présentés, et par les déductions que l'on en peut tirer du point de vue de l'hygiène mentale.

L'indigène dont il s'agit, âgé d'environ 19 ans, élève dans un Lycée européen, allait se présenter en 1937 pour la troisième fois à son baccalauréat, première partie, lorsque, dans la nuit du 16 au 17 mai 1937, il tente de se suicider avec un de ses camarades. Admis aussitôt dans un Hôpital il paraît anxieux et désireux de recommencer ses tentatives de suicide. Aussi est-il transféré le 25 mai à l'Hôpital Neuro-Psychiatrique de Berréhid. Il s'y présente calme, plutôt déprimé, exprimant des idées polymorphes où domine tantôt le caractère mélancolique, tantôt l'anxiété, tantôt l'idéalisme passionné qui rendent difficile le classement des troubles.

Elève d'un Lycée français depuis 1930 il est fils d'un fonctionnaire indigène qui, de ses deux femmes, a eu huit enfants. Déjà il y a quatre ans, indique un de ses frères, il a fait quelques troubles à caractère psychasthénique lorsqu'on lui enseigna l'hygiène : il avait peur des microbes, se lavait à chaque instant les mains, préparait lui-même sa cuisine ; il présentait des idées hypochondriaques, s'isolait, puis devenait athée au milieu d'une famille pratiquant les moindres rites de la religion musulmane.

Dès son arrivée, présent, bien orienté, poussant des soupirs, ayant le visage contracté du mélancolique, il fait de la façon suivante le

(1) Travail de l'Hôpital neuro-psychiatrique de Berréhid.

récit de sa tentative de suicide. On notera, contrastant avec l'aspect mélancolique, la recherche et l'emphase des propos.

« C'est une synthèse d'éléments,\* dit-il, qui m'a fait arriver à ce point de désespoir. Le visage de la vie m'a touché, les souffrances, l'imperfection humaine. Aussi, avec un de mes camarades qui partageait mes pensées, avons-nous décidé de nous tuer.

« Nous avons, pour nous donner le courage, bu du vin puis nous sommes rendus sur la grande jetée. Là, je me suis attendri, et j'ai pleuré sur notre vie, mais sans idée de recul. Nous avons rédigé une lettre où nous demandions d'être enterrés ensemble. Nous nous embrassions. Nous avons déchiré nos habits pour montrer que nous n'avions pas d'idées de retour.

« Mon ami voulait alors se tuer le premier mais j'ai eu peur que dans la nuit sous l'effet de la douleur il jette le revolver et que je ne puisse mettre mon projet à exécution. Je lui ai alors dit de me tuer avant de se suicider. Il n'en a pas eu le courage.

« C'est moi alors qui ai pris le revolver. Je considérais qu'en le tuant je lui rendais un grand service. Je tire, il tombe ; je pleure sur lui, je l'embrasse puis je tire sur moi mais ne me blesse pas. Je retire sans m'atteindre. Je pense à me jeter à l'eau mais je sais nager. Je cours chez moi, je réveille mon frère ; je lui raconte ce qui s'est passé. Pendant qu'il alerte la famille, je saisis un faisceau de broches à la cuisine et essaie de me l'enfoncer dans l'estomac. On me l'arrache des mains. Je cours sur la terrasse et me jette à terre. On me ramasse ayant perdu connaissance et je me retrouve à l'Hôpital. »

Là on constate que dans sa chute Mohamed s'est fracturé le coude. Au premier abord, on distinguait mal la cause de cet homicide-suicide et après ce récit, la première pensée qui venait à l'esprit était celle d'un désespoir amoureux homo-sexuel. Interrogé sur ce point, Mohamed se récriait avec violence, et, tragique, s'exclamait : « Qu'on est digne d'envie lorsqu'en perdant l'honneur on perd aussi la vie. » Au demeurant, les renseignements recueillis ne semblaient pas en faveur de cette hypothèse. D'ailleurs Mohamed avouait ultérieurement s'intéresser peu à la question sexuelle, les femmes elles-mêmes n'ayant guère d'attrait pour lui. « Ce qui m'attirait dans la vie c'était de vivre heureux, fort, intelligent, instruit comme mes camarades français. »

Et là on trouvait l'expression du syndrome mélancolique signalé plus haut. Il se traduisait, ai-je dit, par la mimique du sujet, par des soupirs, par un manque d'élan vital. « J'aurais voulu être joyeux comme mes camarades, avoir un avenir, être amoureux un jour. Je ne peux aimer que quelque chose dont je puisse être digne, mais moi, pauvre Marocain... Que nous réservait la vie... »

Ce syndrome mélancolique s'exprimait aussi par une vive douleur morale traduite toujours de la même façon tragique.

« Monsieur le médecin, écrit-il un jour, voudra-t-il bien me délivrer enfin ? car, inutilement, je languis et me morfonds nuit et jour ; mon mal est extrême.

« Mais gémir, prier, pleurer, tout est lâche.

« Fais ta longue et dure tâche

« Dans la voie où le sort a voulu te mener. »

« Je n'en peux plus, écrivait-il quelques jours plus tard, au médecin. Je ne respire que pour souffrir. Ne vous faites pas mon bourreau. Laissez-moi m'endormir du sommeil de la terre.

« Faites-moi une piqûre qui me soulage de la vie ou laissez-moi pour une fois disposer de ma carcasse. »

Quelques jours après il écrivait encore : « Monsieur le médecin, si ma vie n'est qu'un éternel supplice, ce qui de plus en plus me semble plus que probable, j'en souhaite vite, vite la fin. Si elle est une épreuve, je la souhaite aussi courte que possible. »

Et de plus en plus pathétique, il rédigeait l'épître suivante :

« Nuits désastreuses, effroyables, terribles.

« Si cela dure encore, je me crèverai les yeux. Ils me feront moins mal sans doute.

« Pour si peu que je bouge, je sens sécher et se fendre atrocement mon cerveau. Quant à m'asseoir ou me lever il n'en est plus question. Par intervalles, des crampes de cœur me mènent jusqu'à l'évanouissement. Certes, c'est trop souffrir pour mon pauvre être. Comme c'est atroce de n'avoir personne auprès de vous, à vous veiller. Personne qui soit sensible à votre souffrance et qui vous réconforte.

« Ma mère, ma mère, donne-moi la main. »

Il est assez curieux de voir exprimer ainsi une douleur morale qui, lorsqu'on observait le sujet, paraissait réelle. On se croirait en plein romantisme. Châteaubriand, Lamartine, Vigny ne sont-ils pas d'ailleurs les auteurs préférés du jeune Mohamed ?

A côté de ces idées à caractère mélancolique, il en existait d'autres qui étaient celles d'un idéaliste passionné, désireux de voir se transformer l'humanité entière.

« Au point de vue moral, écrit-il un jour, nous n'avons pas fait le moindre progrès, bien au contraire, hélas ! nous avons dégradé et empiré lamentablement et honteusement ; d'autres espèces de méchanceté, de cruauté et de maux ont été inventées par la civilisation. L'hypocrisie, la lâcheté, la trahison sont une monnaie plus courante que jamais. Nous avons perdu toute sensibilité. Ces temps modernes ont étouffé en nous tout sentiment.

« L'humanité s'améliorera-t-elle un jour moralement ? »

« La France nous a fait entrevoir la lumière, dit-il un autre jour ; nous, les jeunes Marocains, nous voulons nous lancer vers le progrès, la civilisation. J'aurais voulu que les Marocains se civilisent,

« et que les femmes s'instruisent. Pourquoi voulez-vous qu'un homme ait quatre femmes ? Quand on veut reconstruire une maison, il faut raser ce qu'il y a avant. Je n'ai pas pu attendre, je me sacrifie à la France. »

Et faisant marcher de pair ses idées progressistes et ses idées de suicide, n'écrit-il pas au Procureur de la République pour demander sa sortie. « C'est de vous, c'est de la France que je me fie (*sic*) et attends d'être protégé et secouru. Car n'est-ce point elle qui a inventé l'Habeas Corpus et la Déclaration des Droits de l'Homme ? Monsieur le Procureur votre aide, assistance et protection s'imposent. »

« France, mère de la justice, de la paix et de l'humanité, sauve-moi et permets-moi d'aller en Espagne chercher une mort honorable en aidant mes frères les gouvernementaux qu'on massacre cruellement car je ne peux plus vivre, c'est impossible. »

Les préoccupations religieuses, philosophiques, la croyance à un double qui nous accompagne, à notre retour sur la terre sous une autre forme une fois morts, le hantent.

Il se dit athée et demande au médecin de ne pas pratiquer le jeûne du carême arabe qu'il ne fait chez lui que pour satisfaire ses parents. Qu'on juge d'ailleurs par quelques-uns de ses écrits les idées qui le tracassent.

« Qui a fait tout ce qui est ? Dieu pour la Bible, le Coran et tous les livres saints, le hasard pour Lamarck (Dans son histoire naturelle), pour Darwin (De l'origine des Espèces). Ceux qui faisaient de l'homme l'œuvre de Dieu, oublient de nous présenter ce personnage. Au commencement Dieu créa les cieux et la terre. Dieu dit, faisons l'homme et l'homme fut fait (Bible). Ceux qui font de l'homme un accident sur la terre ont été incapables de me dire d'où et comment sont venus ces éléments qui ont donné l'homme...

« Les anciens avaient des milliers de dieux, les chrétiens, trois, les musulmans et les israélites, un...

« L'homme n'est pas bon, car l'imagination a corrompu l'homme, comme l'a dit Rousseau. Elle l'a rendu vicieux. Ainsi il a inventé la géométrie par avarice, la physique par une vaine curiosité, l'éloquence pour tromper et gagner l'homme...

« Rien ne se perd, rien ne se crée. Le nombre des atomes est fixe, a dit Lavoisier. L'homme en mourant perd sa matière qui n'a aucune valeur par elle-même et qui sert à donner naissance à autre chose tandis que son élément immatériel, se transporte dans un autre corps pour donner naissance à un autre homme. Ce principe est général dans la nature. Ce que l'on voit n'existe pas et n'est que la création de ce que l'on ne voit pas, un cauchemar. Il nous crée des besoins, il est un superflu. Il gêne notre double et c'est ce qui fait des luttes intérieures que nous sentons en nous-même. Beaucoup s'en sont rendu compte et n'ont conçu que du

« mépris pour le superflu. Au moyen-âge, les danses macabres avaient pour refrain « battons bien fort nos charognes ». Pascal s'en trouvait fort embarrassé et la meurtrissait autant qu'il pouvait. Il portait une ceinture hérissée de clous et chaque fois qu'elle le gênait il lui assignait de fortes meurtrissures.

« Les vrais chrétiens étaient toujours munis d'une haire et d'une discipline.

« Laurent, serrez ma haire avec ma discipline. » (Molière).

« Les bouddhistes ne craignent pas pour s'en débarrasser de se brûler vivants. »

Il en vient enfin à parler de son double. « Pourquoi, dit-il ai-je cru en Dieu, aux démons ? C'est tout simplement mon double qui m'en voulait de l'ignorer et qui se vengeait sur moi comme il se vengeait sur tous les autres. Mais depuis que je l'ai connu il n'a pour moi qu'amitié et tendresse. »

Et il cite Voltaire, Fontenelle, H. Wells dont il admire les idées, pour arriver à se révolter contre l'idée de Dieu.

« Montez, montez vers lui, encens qu'il aime, cris de sang, cris de mort, soupirs, blasphèmes. Que la douleur donne à tout être une voix pour gémir et qu'une plainte éternelle accuse ce créateur. »

Revenant sur cette question du double, il écrit un autre jour :

« Immortel, notre double chemine avec les temps, s'incarnant et se désincarnant successivement. Qu'y aurait-il donc d'impossible à ce qu'un même double ait joué à la fois le rôle de différents personnages de différents pays et époques ? Qu'Abraham se soit fait successivement Jésus, Moïse, Mahomet et tous les prophètes en général ? Ou que Bonaparte ait été Guillaume le Conquérant, César, Alexandre de Macédoine, etc... ? »

Aussi en tirait-il la conclusion suivante : Pourquoi ne pas m'avoir laissé me tuer, je serais peut-être revenu sous une forme plus heureuse. Et il ne manque pas de citer Alfred de Musset qui « note la présence continuelle auprès de lui d'un être qu'il appelle tantôt muse, tantôt frère, tantôt lui-même ».

Il cite à l'appui de sa thèse des anecdotes sur Alexandre Dumas, Dante ayant l'intuition de la mort de Béatrice, Pétrarque, de celle de Laure.

Je ne voudrais pas alourdir ce travail par de trop nombreux extraits des écrits de Mohamed. Qu'il me suffise d'ajouter ces quelques lignes qu'il m'adressait un jour : « Quelques pages, quelques lignes ne peuvent tant soit peu donner une idée satisfaisante sur cette matière si vaste et qui a fait pour moi l'objet d'une étude approfondie. Mes idées là-dessus débordent. Aussi ai-je conçu l'idée de faire un ou plusieurs volumes dans lesquels j'aurais le loisir d'exposer mes théories et principes. J'en ai déjà fixé le titre et les chapitres comme suit :



« Titre : Traité sur l'existence.

« Avant-propos : De la vie.

« Chapitre I. De l'homme. — II. Du dédoublement de l'homme. — III. De l'homme qu'on est censé voir. — IV. De l'homme qu'on ne voit pas. — V. De la fausseté de la perception. — VI. De la fausseté du besoin. — VII. De l'imagination. — VIII. Des Fantômes de l'esprit. — IX. Des avatars et des métamorphoses. — X. De l'immortalité. — XI. De l'immuabilité et de la constance des choses. — XII. De la Divinité. — XIII. De la réalité. — XIV. De la réforme de l'univers.

« Conclusion : Refaire sa vie. »

Cette table des matières résume fort bien l'exposé des idées du malade.

Le polymorphisme des idées de Mohamed, le début à allure psychasthénique il y a 4 ans, cette tendance à la rumination mentale faisaient craindre une évolution schizophrénique, d'autant que certains de ses écrits contenaient des critiques sévères envers ses parents à qui il reprochait de l'avoir fait naître. Mais cependant il les recevait correctement et lorsqu'on l'interrogeait semblait sincère dans l'expression des sentiments affectueux qu'il disait avoir à leur égard.

Le fonds intellectuel était intact. L'examen physique ne décelait rien d'anormal. La réaction de Meinicke était négative dans le sang, et le liquide céphalo-rachidien normal.

Une telle observation était intéressante à rapporter. L'anxiété est rare chez le musulman qui se laisse, au contraire, vivre au jour le jour, sans souci du lendemain et chez qui le malheur ne déclanche qu'un « mektoub » ou qu'un « Moulanah » (Dieu) prononcé en levant un doigt et les yeux vers le ciel. Aussi le suicide est-il extrêmement rare — plus fréquent, au contraire, chez l'Israélite — et ce suicide à deux doit bien être le premier cas existant au Maroc.

Il y a lieu d'ajouter qu'au Lycée français où Mohamed poursuivait ses études, l'idée du suicide, d'après ses dires, hantait plusieurs de ses camarades, aussi bien français qu'indigènes, l'un d'entre eux, israélite, s'étant même jeté sous un train peu de temps auparavant.

Le polymorphisme des idées énoncées par le malade était également remarquable. Cet ensemble de préoccupations philosophiques, religieuses, idéalistes, sur un fond de dépression mentale, faisait hésiter le diagnostic entre psychasthénie, dépression mélancolique, schizophrénie. J'ai dit plus haut comment la persistance de l'affectivité m'avait fait douter de ce dernier diagnostic ; l'évolution des événements devait confirmer cette manière de penser.

Il était curieux aussi de voir s'intriquer, dans la pathologie mentale de ce sujet, l'influence de la vie musulmane, de son hérédité, de ses croyances ancestrales, celle aussi du langage toujours un peu compliqué du musulman de milieu élevé avec celle de l'enseignement. Les connaissances de Mohamed paraissent vastes, avoir même dépassé l'instruction reçue puisqu'il préparait seulement son baccalauréat première partie, mais elles laissent l'impression d'étendue plus que de profondeur et d'une assimilation insuffisante. Elles semblent reposer plus sur la mémoire que sur l'intelligence qui ne dépassait pas une honnête moyenne. Et c'est là peut-être la clef du drame.

Car le plus grand intérêt de cette observation réside, à mon avis, dans la cause déclanchante des troubles qui n'a pu être découverte qu'après de longues conversations, et une mise en confiance difficile à obtenir chez l'Arabe pour les choses qui concernent sa vie intime. En effet, Mohamed me révéla un jour le trouble que, depuis des années, il éprouvait le soir, à chaque retour chez lui. Il faut, pour comprendre la situation, se représenter la vie de ce jeune homme passant ses journées au contact permanent de jeunes Français de son âge, vivant jusqu'à la rentrée chez lui de la même vie qu'eux, recevant un enseignement où la neutralité religieuse est la loi, s'enthousiasmant pour l'Histoire de France et la conquête des libertés, laissant bercer son esprit rêveur de musulman par la poésie romantique, fréquentant des femmes européennes libres, et, le soir venu, se replongeant dans la vie musulmane. Là il trouvait un père bon, mais maître absolu, les deux femmes de celui-ci, n'ayant que le droit de se supporter, un nombre abondant de frères et sœurs, tout ce monde vivant à la mode arabe, en communauté, au milieu du bruit, des discussions, accomplissant strictement les rites de la religion musulmane. Il est évident que, pour un jeune homme que son intelligence moyenne rendait peu apte à s'adapter, existaient là des sources perpétuelles de conflit.

« Nous sommes pris entre deux courants, écrivait-il, la France nous a fait entrevoir la lumière, elle a illuminé nos âmes, à nous, jeunes Marocains. Mais quand notre âme veut s'envoler vers cet horizon, nous nous trouvons enracinés par notre corps, nos coutumes, nos traditions, nous n'en voulons plus de la vie marocaine, nous voulons nous élever de toute notre âme vers ce progrès, cette civilisation. Nous ne nous comprenons plus avec nos parents. »

A ce conflit intérieur, s'ajoutait le souci de l'avenir, don malheureux de la civilisation. Mohamed me l'a souvent répété :

qu'aurais-je fait une fois que j'aurais eu mon baccalauréat, j'étais un déclassé.

Aussi y a-t-il lieu, avant de terminer ce trop long exposé, de tirer de cette observation des conclusions pratiques inspirées par le seul souci de l'hygiène mentale. Il apparaît que, tout d'abord, il faut, chaque fois qu'on distribue l'instruction à une catégorie nouvelle de sujets, lui ouvrir des débouchés, c'est ce que vient de fort bien comprendre le gouvernement en en créant de nouveaux pour nos protégés de l'Afrique du Nord. Mais il faut surtout, pour éviter à nos protégés des drames comme celui rapporté dans ce travail, qu'une sélection sévère soit faite des sujets appelés à profiter de cette avance sur leurs contemporains que donne à certains Arabes l'instruction dans les Lycées français. Seuls devraient y être appelés ceux d'une intelligence supérieure, capables d'assimiler, aptes à s'adapter, habiles à faire, dans leur vie, la part des deux civilisations entre lesquelles ils ne doivent pas être partagés, mais qu'ils doivent savoir combiner.

C'est pourquoi, au fur et à mesure que s'amendaient les troubles mentaux de Mohamed et qu'on pouvait entrevoir une sortie qui eut lieu le 27 février 1938, n'ai-je pas hésité à lui déconseiller formellement la poursuite de ses études, la possibilité d'un nouvel échec à l'examen pouvant amener une rechute immédiate. Lui-même ne tenait pas à reprendre la vie de Lycée avec retour au milieu familial. Sa famille comprit cette manière de voir et l'installa dans une propriété où il vit, sans nouvel incident mental, de la vie de gentilhomme campagnard.

La civilisation est une œuvre lente et de longue haleine. Si on compare ce qui a été fait en France en plusieurs siècles avec ce que la France a fait au Maroc en quelques années, on est obligé de constater que les progrès réalisés l'ont été à pas de géants. L'esprit humain est sensible aux violences de toutes sortes. Seuls des esprits supérieurs sont capables de supporter sans dommage les transitions brusquées. Aussi n'est-ce pas être rétrograde que de recommander, au nom de l'hygiène mentale, la plus grande prudence dans une œuvre de civilisation aussi belle que celle qu'accomplit la France au Maroc.

---

# DESTRUCTION TRAUMATIQUE BILATÉRALE DES LOBES PRÉFRONTAUX

## *Étude du syndrome clinique*

PAR

H. BAONVILLE, J. LEY et J. TITECA (1)

La notion du rôle important joué par les lobes frontaux dans l'élaboration des processus psychiques supérieurs est déjà relativement ancienne en physiologie cérébrale. Elle s'appuie sur des arguments pour la plupart de valeur indiscutable : l'importance croissante que les lobes préfrontaux acquièrent dans la phylogenèse et le parallélisme évident entre ce développement et celui de l'intelligence ; l'architecture cellulaire très différenciée de cette portion la plus évoluée du néo-pallium et sa myélinisation extrêmement tardive ; la richesse des voies d'association qui relient ces régions entre elles et aux autres parties de l'encéphale ; les troubles graves de l'intelligence, de l'affectivité et de la synthèse mentale qui apparaissent dans les cas pathologiques où des lésions cérébrales atteignent d'une façon plus ou moins élective les champs corticaux situés en avant du sillon prérolandique.

Cet ensemble de faits concordants démontre avec certitude une relation directe entre le développement ou l'intégrité des lobes préfrontaux et les fonctions supérieures de l'esprit. Cependant, malgré la grande importance théorique de cette conception, tant au point de vue physiopathologique que du point de vue purement psychologique, la physiologie des lobes préfrontaux est encore mal connue, et ses données sont très controversées.

(1) Travail du Centre neuro-psychiatrique de Bruxelles et du Laboratoire de psychologie expérimentale de l'Université libre de Bruxelles.

La cause en est que dans ce domaine des sciences expérimentales, l'étude sur l'animal se heurte à des difficultés parfois insurmontables. En effet, le fonctionnement des lobes préfrontaux ne peut être étudié que par des expériences d'extirpation, la stimulation de cette partie du cortex ne paraissant déclencher aucune réponse (les zones oculo-motrices mises à part). D'autre part, certaines zones corticales bien individualisées chez l'homme par leur architecture cellulaire et dont on voudrait mieux définir la fonction n'ont pas leur correspondant chez les autres mammifères. Enfin les troubles observés à la suite d'une lésion localisée du cortex frontal sont presque tous d'ordre uniquement psychique : on conçoit dès lors qu'ils soient difficiles à déceler chez l'animal et qu'en tout cas leur identification avec des troubles observés en clinique humaine soit fréquemment aléatoire. Il s'agit d'ailleurs de troubles mal définis qui échappent à toute détermination quantitative précise et dont l'importance est d'appréciation subjective. Il n'est donc pas étonnant que certains expérimentateurs aient prétendu que les animaux auxquels ils avaient enlevé l'une ou l'autre partie de l'écorce cérébrale se comportaient normalement, alors que d'autres, usant du même matériel, aient décrit des troubles mentaux plus ou moins accentués.

D'autre part, les symptômes morbides observés chez l'homme au cours des affections cérébrales donnent souvent lieu à de grandes difficultés d'interprétation. Les troubles mentaux qui dépendent de lésions minimales et bien circonscrites sont malaisés à déceler ; et lorsqu'il s'agit de lésions plus étendues, pour lesquelles on peut logiquement s'attendre à une suppléance fonctionnelle moins efficace, on se heurte à un nouvel écueil : la difficulté de faire la part entre les symptômes réellement locaux et les symptômes à distance. Il est en effet possible que dans les cas de tumeurs frontales, par exemple, les symptômes psychiques dépendent en partie du retentissement de la compression sur tout le cerveau. Il est cependant probable qu'on se soit souvent exagéré l'importance pathogénique de cette compression s'exerçant à distance et qu'au contraire dans les lésions diffuses du système nerveux central, ce soient les lobes préfrontaux, les plus fragiles, dont le fonctionnement souffre le plus. Dès lors, on peut se demander avec Goldstein si certains troubles observés au cours d'affections cérébrales diffuses ne sont pas des symptômes préfrontaux qui apparaîtraient en premier lieu, parce que les fonctions des régions préfrontales sont parmi les plus élevées et que de ce fait elles sont atteintes les premières au cours des processus pathologiques.



Mais quelle que soit la part de vérité que renferme cette hypothèse, il n'en reste pas moins vrai que la physiologie des lobes frontaux ne peut s'appuyer que sur des cas cliniques d'interprétation univoque dans lesquels la possibilité d'expliquer les troubles observés par l'action à distance du processus morbide peut être formellement exclue.

Chez l'homme, la physiologie du cortex préfrontal, qui a dans une grande mesure bénéficié des recherches expérimentales de l'école américaine sur les singes anthropoïdes (voir à ce sujet les récents travaux de Fulton, Jacobsen, Lashley, Dusser de Barenne), est surtout établie sur des faits cliniques.

Un premier point que les neuro-chirurgiens ont bien mis en évidence, c'est que la résection d'un seul lobe frontal n'engendre pas de troubles mentaux. Dans certains cas de gliome infiltrant, Dandy a pu extirper entièrement un lobe frontal (parfois même tout un hémisphère, les ganglions de la base exceptés) sans qu'aucun trouble psychique ne soit survenu. D'autre part, il ne semble pas y avoir de différence entre la valeur fonctionnelle des lobes frontaux droit et gauche ; dans les cas d'extirpation unilatérale, les troubles intellectuels font défaut, quel que soit le côté lésé. Au niveau des lobes préfrontaux, les symptômes psychiques déficitaires qui pourraient apparaître à la suite d'une extirpation unilatérale de l'un d'entre eux sont donc masqués par une suppléance fonctionnelle immédiate.

Ce n'est que par l'analyse minutieuse des symptômes présentés par les malades atteints d'une lésion bilatérale des lobes préfrontaux, que des progrès ont pu être réalisés dans ce domaine. Encore faut-il que la lésion n'ait pas, par sa nature même, provoqué de réaction à distance sur le restant du système nerveux central. En pratique, seuls répondent à ces conditions les cas d'ablation bilatérale traumatique des pôles antérieurs des deux hémisphères, lorsque la survie a été suffisamment longue pour que l'on puisse éliminer dans la pathogénie du syndrome clinique observé l'influence du choc traumatique, des hémorragies précoces, de l'hypertension intracranienne, de l'œdème cérébral ou d'une infection méningo-encéphalique secondaire.

Aussi croyons-nous intéressant de rapporter ici l'observation détaillée d'un malade qui perdit la plus grande partie des deux lobes préfrontaux à la suite d'une tentative de suicide par arme à feu et chez qui le syndrome préfrontal déficitaire put être étudié pendant plus de deux ans, une intervention chirurgicale précoce et habile ayant permis une survie définitive.

Pierre D. est âgé de 37 ans au moment de son admission au Centre neuro-psychiatrique de Bruxelles, le 2 mai 1936.

*Antécédents héréditaires.* — L'hérédité est lourdement tarée, tant du côté paternel que du côté maternel.

Le père, actuellement décédé, était un buveur invétéré qui manifesta à de multiples reprises des troubles accentués du caractère.

Un oncle paternel est un névropathe qui vit séparé de sa femme envers laquelle il s'est rendu coupable de sévices graves ; il l'a notamment blessée à la gorge à coups de couteau.

Le grand-père paternel, alcoolique chronique, a fait trois tentatives de suicide par pendaison.

Un oncle maternel a séjourné jusqu'à sa majorité dans une maison de correction ; il présente encore aujourd'hui des troubles graves du caractère et du comportement.

Un autre oncle maternel a une fille idiote ; en outre, il a perdu un fils atteint d'une affection nerveuse congénitale.

*Antécédents personnels.* — D., qui présenta des convulsions dans la première enfance, eut toujours un caractère bizarre et emporté.

A l'âge de 15 ans, il fit une fugue pathologique : il quitta brusquement le domicile paternel, sommairement vêtu, pour errer pendant deux jours à l'aventure. A son retour, il présentait une amnésie complète quant à l'emploi du temps pendant cette fugue.

Dès le début de son mariage, en 1918, il accusa *des crises périodiques de céphalées, accompagnées d'excitation psychique et d'irritabilité*. Employé tout d'abord dans un service d'alimentation, il en fut renvoyé pour violences envers un ouvrier ; engagé ensuite à la Société nationale des chemins de fer, il y commit de graves fautes de service ; il quitta, après quelques mois, sans motif plausible, un nouvel emploi à la Compagnie du gaz pour devenir facteur des postes ; peu de temps après, il devint receveur de tramway.

Dès cette époque, il montra un penchant irrésistible pour le jeu, allant même jusqu'à dilapider des sommes d'argent qui ne lui appartenaient pas.

Entré enfin au service de la police, il s'y est maintenu depuis treize ans. Il résulte des renseignements recueillis auprès de ses collègues et de son chef, que D. était considéré comme un « déséquilibré ». Il y a quelques années, il fit à nouveau une fugue de plusieurs jours. Il simula peu de temps après un vol à son domicile et déposa plainte, alors qu'il avait déjà remis dès le lendemain à son épouse la somme d'argent qu'il avait lui-même dérobée.

Depuis une quinzaine d'années, les crises d'excitation psychique ont continué à se produire périodiquement. Le malade dormait avec son revolver ; fréquemment, il maniait cette arme devant sa femme et ses enfants, en disant : « L'un de nous va y passer. » En dehors de ces crises qu'il attribuait toujours aux maux de tête, il se montrait bon mari et bon père et s'excusait spontanément de ses excentricités, disant à sa femme : « Je n'en puis rien, cela me monte à la tête ! »

*Anamnèse.* — Le 3 avril 1936, D. fit une tentative de suicide en se tirant une balle de revolver à la tempe droite. Il fut aussitôt transporté à l'hôpital dans un état comateux. A la région frontale droite existait une plaie à bords inversés laissant s'écouler du sang en abondance et de la matière cérébrale ; à la région frontale gauche, on constatait une plaie plus large, à bords déchiquetés et éversés. A la palpation du crâne, on percevait de multiples traits de fracture allant en s'irradiant à partir des orifices d'entrée et de sortie du projectile et délimitant des séquestres osseux de tailles différentes. Il n'y avait pas d'écoulement sanguin par la bouche, le nez ou les oreilles. Le pouls battait à 60 à la minute.

Une intervention chirurgicale fut pratiquée d'urgence sous anesthésie locale par le D<sup>r</sup> O. Gilson (1), intervention grâce à laquelle le blessé eut la vie sauve. Après avoir pratiqué une incision d'une quinzaine de centimètres réunissant sur le front les deux plaies et avoir débridé celles-ci, le chirurgien releva un fragment osseux de la grandeur d'une demi-paume de main, fragment qui comprimait le cerveau. Il excisa ensuite une grande partie des deux lobes préfrontaux qui avaient été réduits en bouillie, laissant toutefois en place leur partie inférieure (orbitaire) qui paraissait intacte. Il juxtaposa ensuite les séquestres osseux résultant des fractures irrégulières et de la disjonction des sutures interfrontales et frontopariétales. Toutefois, la partie interne de l'écaille de l'os frontal droit ne put être remise en place, si bien qu'il persiste à ce niveau une perte de substance osseuse.

Le 4 avril, on nota déjà de l'incontinence des sphincters vésical et anal.

Le 6, le malade, qui commençait à sortir du coma, répondait à quelques questions ; son pouls battait à 105 à la minute. Le 7, la conscience revint à nouveau.

Malheureusement depuis ce moment D. présenta des troubles psychiques si accusés que, lorsque quatre semaines plus tard son séjour dans un service chirurgical ne fut plus indispensable, son transfertement dans une clinique psychiatrique s'imposa.

Voici les résultats des divers examens pratiqués à ce moment.

#### EXAMEN SOMATIQUE

Le malade, bien constitué, d'embonpoint normal, ne présente pas de stigmates physiques de dégénérescence. Du traumatisme cranien récent, il persiste une cicatrice frontale longue d'une quinzaine de centimètres, s'étendant transversalement au-dessus des orbites. A la

(1) Nous tenons à remercier très vivement le D<sup>r</sup> O. Gilson qui nous renseigna très obligeamment sur l'état du malade au moment de son admission à l'hôpital et qui mit à notre disposition l'observation médicale recueillie pendant le séjour de l'intéressé dans son service.

région frontale droite existe une perte de substance osseuse de la grandeur d'une pièce de cent sous ; à ce niveau on perçoit aisément les battements des méninges, qui, de plus, ne paraissent pas anormalement tendues.

L'os frontal gauche, luxé au niveau de la scissure interfrontale surplombe de 3 millimètres environ l'os frontal opposé. La cicatrice est actuellement en bonne voie de guérison, sauf à son extrémité droite d'où s'écoule du pus jaune-verdâtre, crémeux.

Le cœur est de volume moyen. A l'auscultation, les bruits sont bien audibles, non soufflants.

Le pouls bat à 92 à la minute ; il est égal et régulier. La tension artérielle, mesurée au manomètre de Pachon, est de mx 15, mn 9 (indice oscillométrique 7). Il n'y a pas de troubles circulatoires périphériques : en particulier, les extrémités des membres ne sont ni cyanosées, ni œdématisées. Les artères périphériques sont souples.

Les autres systèmes ne présentent à l'examen aucune lésion décelable. Il n'y a pas de troubles digestifs ni de constipation.

Les réactions de Bordet-Wassermann et de Hecht sont négatives dans le sang. Les urines ne contiennent ni albumine ni sucre.

#### EXAMEN NEUROLOGIQUE

*Motricité.* — La musculature, bien développée, ne présente pas de troubles de la tonicité. La force musculaire segmentaire est satisfaisante aux quatre membres. La motricité faciale est intacte ; l'occlusion isolée des yeux est aisée. La langue, tirée hors de la bouche sans déviation, n'est animée d'aucun tremblement. Il n'y a ni tremblement statique des extrémités digitales, ni tremblement intentionnel. Les épreuves doigt-nez et talon-genou sont correctement exécutées. La station debout, aisée, exige le plus souvent un élargissement de la base de sustentation. Le signe de Romberg est absent. Au cours de la marche, le malade titube parfois, sans cependant jamais perdre l'équilibre.

L'élocution est aisée ; il n'y a pas de dysarthrie aux mots d'épreuve.

Il n'existe aucun signe cérébelleux ni méningé.

*Sensibilité.* — Elle est intacte à tous les modes (tactile, thermique, algique et profonde). La pression des troncs nerveux est indolore ; les myalgies font défaut. Le malade n'accuse pas de céphalées.

*Réflexes tendineux.* — Aux membres supérieurs, ils sont tous extrêmement vifs et en outre nettement exagérés du côté gauche. Les réflexes rotuliens et achilléens sont vifs, mais strictement symétriques ; leur intensité paraît relativement moindre qu'aux membres supérieurs. Il n'y a pas de clonus des pieds ni des rotules.

*Réflexes cutanés.* — Le réflexe cutané plantaire se fait constamment en flexion à gauche ; du côté droit il n'y a souvent pas de déplace-

ment du gros orteil (jamais cependant il n'a été observé de signe de Babinski). Les signes d'Oppenheim, Gordon et Schaeffer sont négatifs.

Les réflexes cutanés abdominaux, épigastriques et crémasteriens sont assez vifs, symétriques.

*Yeux.* — Les pupilles, égales et régulières, réagissent vivement à la lumière et à l'accommodation. Il n'y a pas de nystagmus ni de troubles de la motricité oculaire extrinsèque. A l'examen ophtalmoscopique, les papilles sont assez rosées ; les vaisseaux rétinien sont normaux.

*Olfaction.* — Il existe une hypoosmie nette aux deux narines : seules les odeurs fortes sont perçues après que le malade les a reniflées à plusieurs reprises.

*Examen labyrinthique.* — L'épreuve de l'index se fait correctement. A l'épreuve rotatoire (10 tours en 20 secondes) apparaît un nystagmus persistant pendant 50 secondes après rotation vers la gauche et pendant 30 secondes après rotation vers la droite.

#### EXAMEN MENTAL

Nous examinons le malade pour la première fois un mois après l'accident. A ce moment, *l'indifférence émotionnelle, l'euphorie béate et l'aproséxie* dominant le tableau clinique.

Le malade est jovial, satisfait, et prend fréquemment le ton de la plaisanterie. Nullement stuporeux, il répond aux questions rapidement et avec assurance. Bien qu'il ne reconnaisse pas présenter de troubles mentaux, il ne s'inquiète pas des raisons de son transfertement dans une clinique psychiatrique ni de la durée éventuelle de son séjour. Il parle de sa récente tentative de suicide sans manifester d'émotion, se contentant d'affirmer qu'il ne désire plus récidiver. Interrogé sur les causes de son acte de désespoir, il répond évasivement que celui-ci a été « probablement » (*sic*) déterminé par une dette de quelque 7.000 fr. contractée aux courses.

*Les sentiments affectifs, nuls envers les siens, sont singulièrement exagérés pour tout ce qui concerne sa personne.* D'une gourmandise outrancière, le patient dévore les friandises que lui apportent les visiteurs, sans se soucier de la présence de sa femme, sans s'enquérir de la santé de ses enfants, traitant ses familiers comme des étrangers auxquels il n'adresse que quelques formules banales dites de politesse. Il ne se soucie pas de l'avenir ni des répercussions graves que son acte de désespoir pourrait avoir sur sa situation et celle de sa famille. Il envisage froidement la possibilité d'une révocation pure et simple de ses fonctions d'agent de police, et lorsqu'on lui fait remarquer que sa femme et ses enfants, qu'il affectionnait cependant tout particulièrement avant l'accident, n'auront pas de moyen de subsistance, il se contente de répondre en souriant : « Ils se débrouil-



leront bien... » Quant à lui, si les ressources lui manquent, il sollicitera un emploi d'inspecteur de police ! Ou bien il vivra du produit de la vente des choux-fleurs qu'il se propose de cultiver dans son petit jardinet au centre de la ville !

Cet égocentrisme morbide est également une des caractéristiques de la psychose : le malade ne s'intéresse presque exclusivement qu'à ce qui regarde directement sa personne.

Un autre caractère dominant du psychisme est la *dissociation entre l'attention volontaire et l'attention spontanée*. Le patient se laisse distraire à la moindre occasion ; il observe de façon automatique ce qui se passe autour de lui, tournant la tête dès qu'il entend du bruit ou voit arriver quelqu'un. Pendant l'interrogatoire du médecin, il quitte brusquement sa chaise pour aller se mirer dans la glace, regarder à la fenêtre ou siffloter. Il est impossible de concentrer de façon quelque peu prolongée son attention sur un sujet donné. Ce déficit de l'attention volontaire explique qu'au premier abord l'atteinte intellectuelle paraisse beaucoup plus accusée qu'elle n'est en réalité : en obligeant le malade à un effort d'attention, on s'aperçoit qu'on peut obtenir sur chaque sujet des réponses beaucoup plus satisfaisantes. C'est ainsi que des reparties successives que le malade fournit avec désinvolture à toute une série de questions, il résulte qu'il est né en 1918, qu'au moment de la déclaration de guerre en 1914 il avait seize ans, que la guerre a duré quatre ans pour se terminer en 1919, etc... Cependant, lorsqu'on insiste à chaque question et lorsqu'on s'assure que le malade se donne la peine de réfléchir, on obtient des réponses correctes.

En plus, les reparties sont souvent faussées du fait d'une *approbativité morbide* : plutôt que de fournir un effort cérébral, le patient approuve toute réponse qu'on lui suggère et se déclare toujours d'accord avec l'interlocuteur. Par exemple, il accepte sans discussion d'apprendre le métier de pâtissier. Même il estime que c'est le seul métier qui puisse lui convenir du moment qu'on vient de le lui affirmer. Et cependant lui conseille-t-on de devenir ensuite serrurier, il est encore du même avis.

*Inerte et apathique*, le malade ne s'intéresse à rien d'utile. Il manque de spontanéité et d'initiative. Par exemple, à la salle de bain, il reste assis en face de la baignoire ; les infirmières doivent alors le déshabiller et le prier de se laver. Encore se contente-t-il, après qu'on l'ait expressément invité à entrer dans l'eau, de s'éponger la face.

*L'orientation dans le temps est déficiente* : le malade donne assez facilement le millésime de l'année ; il hésite quant au mois et est incapable de préciser le jour de la semaine. L'orientation dans l'espace et par rapport à l'entourage est correcte.

La mémoire est intacte, tant en ce qui concerne les événements survenus depuis l'admission à la clinique que les faits plus anciens.

*Les incontinenances urinaires sont fréquentes*. Lorsqu'on l'interroge à ce sujet, le patient avoue sans la moindre gêne qu'il ressent encore

normalement le besoin d'uriner, mais qu'il ne croit pas nécessaire à ce moment de se rendre au W.-C., « puisque le matelas est protégé par une alèze... ». Quelques jours plus tard, comme on lui demandait à nouveau la raison des incontinences, il se contenta de répondre en éclatant de rire : « Parce que je suis louftingue ! »

Durant les six premières semaines d'hospitalisation à la clinique, on note une amélioration rapidement progressive de l'état psychique. La désorientation dans le temps disparaît la première. Puis on assiste au retour de certains sentiments affectifs : c'est ainsi qu'il arrive de plus en plus souvent au patient d'embrasser sa femme au cours des visites, alors que précédemment il la recevait avec une banale formule de politesse, en l'appelant parfois même « Madame ». Enfin, les sphincters reprennent leur fonctionnement normal ; toutefois, le malade ne paraît nullement embarrassé lorsqu'on lui rappelle les incontinences qu'il a présentées au cours des semaines précédentes.

#### EXAMEN PSYCHOLOGIQUE EXPÉRIMENTAL (1) (juillet 1936)

I. *L'examen des réactions émotives et affectives* du sujet est complété par l'étude du réflexe psychogalvanique sous l'influence de diverses excitations (psychogalvanomètre de Walter ; courant exosomatique de 4 V.).

1° Le sujet étant étendu dans l'obscurité complète, une excitation visuelle brusque (éclairage par une lampe de 100 bougies) provoque en 20" une déviation de + 15 (retour au 0 en 45").

2° Un bruit violent détermine en 20" une déviation de + 45 (retour au 0 en 60").

3° On annonce au sujet qu'on va lui faire une piqûre dans la nuque : déviation immédiate de + 25 (retour au 0 en 1'35").

Des résultats analogues ont été obtenus par d'autres épreuves : à chaque événement inattendu, ou lorsqu'on éveille chez le sujet un sentiment de crainte, il se produit une réaction psychogalvanique nette.

Par contre, lorsqu'on sollicite l'affectivité, les réactions psychogalvaniques sont à peu près nulles, ainsi que le démontrent les expériences suivantes :

a) Au cours d'une conversation banale on constate à chaque réponse du sujet des déviations de + 5 à + 10.

b) On introduit dans la conversation des phrases se rapportant à la situation du malade, à sa tentative de suicide, à la révocation dont il a été l'objet, à son avenir, à la situation tragique de sa femme et de ses trois fillettes, à un vol dont il s'est rendu coupable et on lui annonce des poursuites judiciaires : les réponses du malade dénotent

(1) M. G. W. Tordeur a bien voulu nous assister dans ces examens pratiqués au laboratoire de psychologie expérimentale de l'Université ; nous lui adressons ici tous nos remerciements.

une complète indifférence et les réactions psychogalvaniques restent de l'ordre de + 5 à + 10.

c) Après un temps de repos et après avoir repris une conversation banale, on annonce brusquement au sujet que sa femme et l'une de ses fillettes ont été victimes d'un accident de rue et qu'elles sont dans un état grave. Le malade répond : « Ah ! tiens, il faudra qu'elles aillent aussi à l'hôpital. » Le psychogalvanomètre indique une déviation minime : + 5 (avec retour au 0 en 20").

d) L'étude des temps d'association, pratiquée pour des séries de mots inducteurs parmi lesquels on en a introduit qui devraient être affectogènes, démontre également une absence complète d'affectivité. Les temps d'association varient de 2" à 15", sans qu'on puisse attribuer ces variations à des facteurs affectifs ; les réactions psychogalvaniques observées en même temps restent faibles, et les mots associés sont du type synonymes-antonymes.

II. *Tests moteurs et psycho-moteurs.* — 1° *Test du pointillage* (Tapping) sans intervention du facteur précision (translation : distance 10 cm.). Contrôle au compteur : 2'.

Main droite : 157 touches. Le sujet se classe dans le décile 3 (par comparaison avec étalonnage sur 300 sujets normaux).

Main gauche : 170 touches. Le sujet se classe dans le décile 6 (même comparaison).

2° *Test de traçage* (dextérimètre Sollier-Drabs) :

Lignes verticales et horizontales : 78 touches.

Lignes sinusoïdales : 66 touches.

Ce résultat dépasse notablement la moyenne.

3° *Epreuve de coordination motrice des deux mains* : résultats sensiblement normaux.

4° *Temps de réaction* :

a) *Temps de réaction auditifs* (circuit térégraphique; excitants à intervalles strictement réguliers; moyennes calculées sur 10 réactions).

Main droite : moyenne arithmétique 19,8 ; variation moyenne 3,9.

Main gauche : moyenne arithmétique 21 ; variation moyenne 2,3.

b) *Temps de réaction visuels* (circuit classique, excitants à intervalles de 15" environ).

Main droite : moyenne arithmétique 29,5 ; variation moyenne 3,7.

Main gauche : moyenne arithmétique 27,9 ; variation moyenne 5,3.

Ces temps sont relativement longs. Les variations moyennes sont très amples pour les T.R. visuels.

c) *Temps de réaction de choix* :

Ces temps, classés par ordre de croissance sont : 33, 35, 40, 42, 47, 47, 51, 51, 52, 53, 60, 61, 61, 66, 73 et 73. La moyenne étant de 52,5, il en résulte que le temps de réaction est à peu près doublé. D'autre part, la variation moyenne étant de 8,5, on constate une irrégularité très élevée.

### III. Test d'attention concentrée (barrage de signes, Toulouse et Piéron).

#### 1° Barrage d'un signe :

T.	signes vus	signes barrés	fautes	oublis
—	—	—	—	—
1'	240	27	—	1
2'	228	27	—	1
3'	194	20	—	1
	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
	662	74	—	3

#### 2° Barrage de deux signes :

T.	signes vus	signes barrés	fautes	oublis
—	—	—	—	—
1'	87	20	2	3
2'	87	20	—	—
3'	104	22	—	3
4'	107	22	—	—
5'	110	28	—	—
6'	110	27	—	2
7'	130	22	—	3
8'	120	18	—	1
9'	80	17	—	1
	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
	935	194	2	14

L'interprétation de ces résultats (qui ne sont pas comparables aux tables d'étalonnage élaborées pour le barrage de 4 signes), est, d'après Lahy, la suivante :

Rapidité : 1 signe :  $662/3 = 220,6$  ; 2 signes :  $935/9 = 103,7$ .

Exactitude : 1 signe :  $\frac{74 - 0}{74 + 3} = 0,96$  ; 2 signes :  $\frac{194 - 2}{194 + 14} = 0,92$ .

On remarque que l'indice d'exactitude reste sensiblement stable dans la deuxième expérience, tandis que la rapidité diminue de moitié : le sujet faisait donc fortement attention.

#### EVOLUTION

L'état du malade a continué à s'améliorer, mais à un rythme beaucoup plus lent, au cours des mois qui suivirent. Depuis un an cependant son état peut être considéré comme stabilisé.

En février 1937, soit donc dix mois après l'accident, le patient qui séjourne encore à l'asile de Corbeek-Loo (1), où il a été transféré

(1) Nous tenons à remercier ici tout spécialement le Dr Dewulf, médecin-chef de l'asile de Corbeek-Loo, qui nous a obligeamment transmis les observations qu'il put recueillir pendant le séjour de notre malade dans son Institut.

quelques mois auparavant, se montre assez actif. Il s'acquitte correctement d'un travail de buanderie ne réclamant pas d'initiative. Au cours de la conversation, il se montre plus attentif et manifeste une certaine affectivité, demandant instamment à pouvoir reprendre la vie familiale. Il fait encore preuve d'une euphorie béate : il a toujours le sourire aux lèvres et paraît sous-estimer les difficultés matérielles de l'existence. Il reconnaît cependant que sa pension d'employé de la police est insuffisante pour subvenir aux besoins de sa famille, mais il avoue qu'il n'a pas encore songé à l'avenir, qu'il ne sait pas encore de quelle façon il essaiera de gagner sa vie. Il ne paraît pas réaliser, même lorsqu'on le lui explique, combien il sera difficile à un homme ayant ses antécédents et une large cicatrice lui barrant le front, de trouver un emploi en temps de crise économique. Il existe encore une grande  *paresse intellectuelle* . Plutôt que de réfléchir, le malade déclare souvent qu'il ignore la réponse à une question posée. Parfois même, il donne sciemment des réponses fausses et est alors contraint d'avouer que ses mensonges sont d'autant plus absurdes qu'il n'a aucun profit à en tirer.

L'état général est excellent ; la plaie frontale est cicatrisée. La photographie du malade (fig. 1) donne une idée de l'étendue de la lésion.

Depuis que le malade a quitté l'asile, il y a environ un an, son état mental est resté stationnaire. Il a vécu d'abord à la campagne, chez ses parents, où il se livrait à de petits travaux agricoles. Actuellement, il est employé comme domestique au Centre neuro-psychiatrique et nous avons par conséquent pu continuer à l'observer.

*L'euphorie puérile, l'égoïsme, la suggestibilité, les troubles de l'affectivité, de l'intérêt et de l'initiative*  persistent. Le malade nous déclarait en juillet 1937 qu'il voudrait reprendre la vie conjugale, mais il ajoutait : « Si ma femme ne veut pas, alors elle n'a qu'à prendre un ami. » Cependant, dans une lettre qu'il nous écrivait quelques jours après pour nous demander une place de domestique, il disait : « Je voudrais tant vivre avec ma femme et mes enfants, et en ce moment je ne veux pas augmenter par ma présence leurs charges déjà si lourdes. »

Le malade se rend partiellement compte de son état déficitaire ; lorsqu'il commet une erreur dans son service, il implore l'indulgence en disant : « Il ne faut pas être trop sévère pour moi, car j'ai perdu un grand morceau de cerveau, je ne suis plus aussi malin qu'un autre. »

La mémoire est restée satisfaisante ; le malade nous rappelle spontanément certains faits survenus à l'Institut pendant son premier séjour ; il se souvient de toutes les épreuves qu'il a subies au laboratoire et des questions qu'on lui a posées au cours des divers examens. Il ne comprend cependant pas la portée de ces examens ; il ne rapproche pas son état antérieur de son état actuel ; il ne pose aucune question à ce sujet. D'une manière générale, il se montre incapable



d'interpréter ses souvenirs ; les fonctions d'association, de combinaison et de déduction ont en grande partie disparu.

Le malade s'acquitte d'une manière satisfaisante des petits travaux qu'on lui confie et des courses qu'on lui fait faire en ville. Il est très



FIG. 1.

ponctuel, mais son activité est totalement dépourvue de *jugement* et *d'initiative*. Il se contente d'exécuter les ordres qu'on lui donne. Cependant, la notion du bien et du mal persiste chez lui, et, malgré sa suggestibilité et son insensibilité, il ne serait guère possible de lui faire commettre des actes antisociaux.

Il est même intéressant de noter que le comportement social du sujet est bien meilleur qu'avant sa tentative de suicide. Nous revien-

drons plus loin sur cette curieuse transformation du psychisme au point de vue du comportement social et moral.

Nous avons soumis récemment le malade à de nouvelles épreuves expérimentales pour l'examen des réactions émotives et affectives par l'étude du réflexe psychogalvanique (avril 1938).

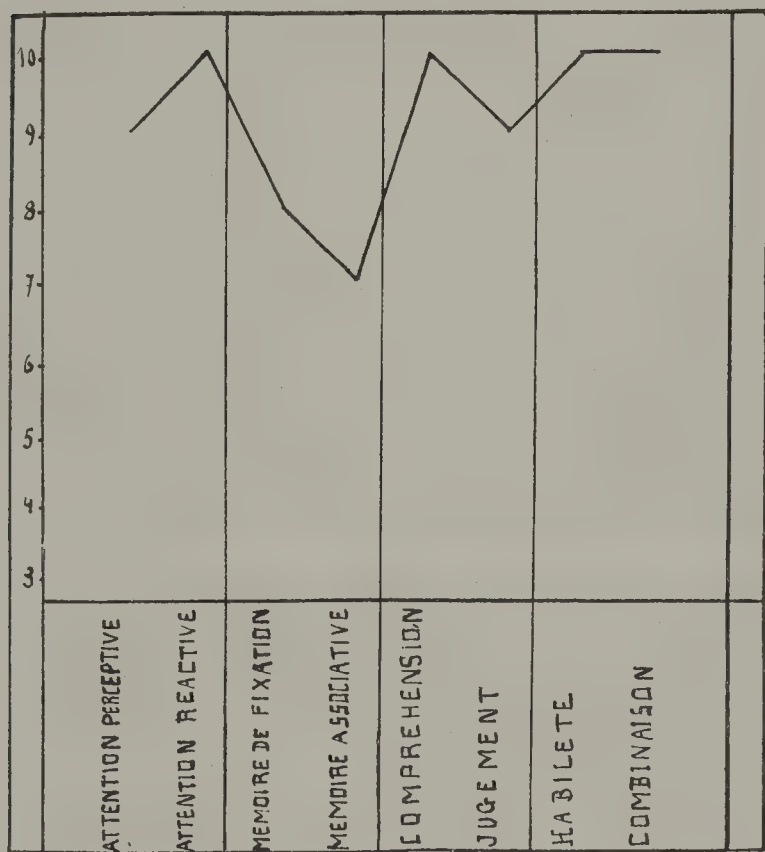


FIG. 2.

Des excitations sensibles ou sensorielles banales, analogues à celles déjà appliquées antérieurement (voir page 46), ont provoqué des réactions psychogalvaniques nettes.

Le malade, se souvenant très bien des procédés utilisés lors du premier examen pour provoquer chez lui des réactions émotives, nous avons choisi d'autres épreuves :

1° après avoir présenté au sujet des photographies banales, on lui

met sous les yeux des photographies représentant des scènes tragiques : massacres, cadavres, bombardements. Les réactions psychogalvaniques restent les mêmes pour les deux ordres d'images ;

2° au cours d'une conversation, on fait allusion à une faute qu'il a commise récemment et on lui dit qu'il risque de perdre sa place. Le psychogalvanomètre ne décèle aucune réaction émotive.

L'étude des temps d'association pour des séries de mots inducteurs comprenant des mots qui devraient être affectogènes pour le sujet donne des résultats analogues à ceux qui avaient été obtenus lors de l'examen précédent.

Ces épreuves confirment la persistance des troubles profonds de l'affectivité déjà mis en évidence antérieurement.

Nous avons cru intéressant également de déterminer le niveau mental de notre malade par la méthode des tests.

Le sujet n'a réussi aucun des tests dits de maturité. Le profil psychographique (fig. 2), établi d'après la méthode de Vermeylen, montre qu'il existe un déficit intellectuel important. Le calcul du niveau mental global donne le chiffre de 9,1 ans. Envisagée avec toutes les réserves que cette évaluation arbitraire comporte, surtout chez l'adulte, l'épreuve démontre néanmoins que le sujet éprouve de grosses difficultés à réaliser certains tests simples, bien qu'il s'applique et se donne beaucoup de mal pour réussir. C'est dans les tests de mémoire qu'il a obtenu les moins bons résultats, alors que dans la vie quotidienne sa capacité de fixer les souvenirs ne paraît guère touchée.

Nous avons déjà insisté sur la difficulté qu'on rencontre habituellement en clinique humaine de rapporter un syndrome psychique à une lésion localisée des lobes préfrontaux. Cette difficulté qui empêche l'observateur prudent d'arriver à des conclusions pathogéniques valables dans les cas de tumeur, n'existe pas dans les cas de traumatisme, du moins lorsque le patient est examiné suffisamment longtemps après celui-ci. Car si certains des symptômes présentés dans les premières semaines qui suivirent l'accident causal reconnaissent très probablement à leur origine l'œdème cérébral ou l'hypertension intracrânienne, il paraît certain que les éléments du tableau clinique chronique, tels qu'ils apparaissent actuellement deux ans après le traumatisme, sont l'expression de la lésion localisée du système nerveux central.

Une question se pose : celle de savoir dans quelle mesure les altérations congénitales du psychisme participent à la formation du tableau clinique actuel. En effet, les tares héréditaires et les anomalies du caractère si marquées chez notre sujet, exercent peut-être encore une influence sur son état mental présent. On

peut également supposer que les suppléances fonctionnelles qui jouent toujours un rôle dans la récupération psychique à la suite d'une lésion localisée à n'importe quel point du cortex, soient moins efficaces chez des sujets déjà antérieurement frappés de déséquilibre mental. Le nombre extrêmement restreint d'observations bien étudiées de malades ayant subi une amputation des deux lobes préfrontaux et ayant survécu à cette mutilation ne permet pas de fixer la part de vérité que comportent peut-être ces hypothèses. Quoi qu'il en soit, nous ne pensons pas qu'il faille attacher à celles-ci une importance trop grande, en raison du caractère radical des transformations qui se sont opérées chez le malade.

Nous avons vu qu'à certains points de vue le psychisme de notre sujet s'était modifié dans un sens plutôt favorable après l'accident. En effet, depuis la grave mutilation cranio-cérébrale que le malade a subie, *les crises de céphalées ont complètement disparu, et avec elles les tendances antisociales qui les accompagnaient.* Fait en apparence paradoxal, malgré sa grave lésion frontale, le sujet se comporte d'une manière plus « morale » que jadis : il ne fait plus de dettes, il ne joue plus aux courses, il ne vole plus, il ne présente plus de crises de colère et ne menace plus son entourage. Il condamne même sévèrement ses agissements passés.

*Tout se passe comme si la large trépanation et la perte de substance cérébrale avaient eu pour effet de supprimer, avec les céphalées paroxystiques, une grande partie des manifestations du déséquilibre mental constitutionnel dont le sujet était atteint.*

Comment expliquer cette amélioration apparente du « sens moral » ? Faut-il l'attribuer à la régression des facultés de combinaison et de raisonnement, aux troubles de l'auto-conduction, qui empêcheraient le malade de se servir de son intelligence pour commettre des actes répréhensibles ?

Ou doit-on attribuer un effet thérapeutique à la mutilation cérébrale, qui aurait supprimé une région du cerveau atteinte de troubles organiques ou fonctionnels ? La disparition concomitante des céphalées plaiderait plutôt en faveur de cette dernière hypothèse. D'autre part, on ne peut s'empêcher de rapprocher ce curieux phénomène des résultats obtenus récemment par Egas-Moniz par la section chirurgicale des fibres de la couronne rayonnante, dans le traitement de certains troubles mentaux.

La déficience des fonctions supérieures de synthèse mentale se retrouve avec une netteté toute particulière dans une observation récemment publiée par Brickner. Il s'agit d'un malade de

44 ans ayant subi l'ablation des deux lobes frontaux, à l'exclusion de l'aire de Broca et de la corticalité motrice (soit 116 grammes de substance cérébrale). Cet homme, qui exerçait la profession d'agent de change, put reprendre ses occupations. Bien qu'au premier abord, il paraissait n'avoir rien perdu de ses facultés anciennes, l'étude comparée de l'état actuel et de l'état antérieur a mis en évidence des changements de deux ordres : une déficience intellectuelle et la perte du contrôle des émotions. Le sujet se comportait comme un enfant ignorant du monde et des situations extérieures auxquelles il ne pouvait plus s'adapter ; il accusait une difficulté marquée pour associer les données d'un problème nouveau, pour confronter les éléments d'une situation qui ne s'était pas encore présentée à lui et en abstraire l'essentiel. La fonction fondamentale réellement atteinte chez ce malade paraissait donc être celle d'association et de synthèse des engrammes recueillis par les parties plus postérieures du cerveau.

On sait depuis Brun que chez l'homme le syndrome préfrontal comporte, à côté des signes psychiques, des troubles de l'équilibration que l'on a depuis lors désignés du terme « d'ataxie frontale ». Or, on aura remarqué que notre malade ne présente aucun des éléments de ce syndrome. La raison en est vraisemblablement que le traumatisme a respecté la face orbitaire et la pointe des lobes préfrontaux, c'est-à-dire les zones qui contiennent les cellules d'origine du faisceau fronto-ponto-cérébelleux dont l'interruption aurait pour conséquence l'apparition du syndrome de déséquilibration.

Le malade dont nous venons de rapporter l'observation présente en somme la presque totalité des symptômes que l'on considère actuellement comme révélateurs d'une lésion destructive bilatérale des lobes préfrontaux. Le déficit de l'attention volontaire, l'euphorie béate et l'indifférence émotionnelle avec égocentrisme sont dans notre cas particulièrement accentués. Mais le signe fondamental qui domine le tableau clinique, c'est la *déficience des fonctions supérieures de synthèse mentale*. Le patient est apte à saisir les éléments du problème qui se présente à lui, mais il est incapable d'en abstraire la solution. Il recueille une à une les perceptions qui lui viennent du monde extérieur, mais il ne les intègre plus dans une série logique. Les souvenirs d'événements nouveaux persistent, mais ils ne sont plus associés à d'autres souvenirs plus anciens ; ils demeurent isolés dans le cerveau et ne peuvent plus servir à l'élaboration de conceptions nouvelles.



Ces troubles ont pour conséquence une réduction considérable de l'activité psychique, dans ce qu'elle a de synthétique, de pragmatique et de créateur. Le malade vit au jour le jour ; il n'a plus de but lointain ; il ne fait pas de projets d'avenir, le champ de son intérêt est limité aux préoccupations immédiates ; les intérêts éthiques et sociaux, même élémentaires, ont disparu.

Cette absence de comportement pragmatique supérieur révèle des *troubles graves de l'autoconduction*, troubles différents de ceux qui résultent d'une perturbation des fonctions mentales psycho-sensorielles ou psycho-motrices, mnésiques ou associatives, fréquentes dans les lésions cérébrale en foyer. Chez notre malade, ces diverses fonctions ne sont que peu ou pas troublées. Ce qui domine chez lui c'est l'incapacité de synthétiser ses pensées et de les utiliser dans un but déterminé, bien que sa mémoire soit intacte et bien qu'il soit encore capable, dans beaucoup de circonstances, de coordination psychique et de jugement.

Les cas de ce genre confirment qu'il existe au-dessus des fonctions intellectuelles élémentaires, des processus supérieurs d'utilisation de ces mêmes fonctions, processus qui peuvent être atteints d'une manière plus ou moins élective et qui paraissent liés à l'intégrité des lobes préfrontaux.

### Annexe

Ce travail était à l'impression lorsque le sujet qui en fait l'objet est décédé subitement le 13 octobre 1938.

Quelques heures avant sa mort, il avait encore été vu par l'un de nous et ne se plaignait de rien. Il n'avait jamais présenté aucune manifestation d'ordre comitial. C'est néanmoins à une crise épileptique que le décès doit être attribué : le malade a été trouvé étendu sur son lit, la tête enfouie dans l'oreiller ; ses vêtements étaient souillés d'urine, la face était violacée, il y avait de l'écume à la bouche. Il est probable que le sujet a présenté brusquement une crise comitiale au cours de laquelle il s'est étouffé dans l'oreiller.

Le cerveau a été prélevé 24 heures après la mort et fixé au formol. Malheureusement, par suite d'une erreur de technique, la fixation a été incomplète, ce qui rend la pièce difficilement utilisable pour un examen microscopique. Nous serons donc forcés de nous borner à une description macroscopique des lésions, dont la topographie a pu être très exactement établie.

## EXAMEN ANATOMIQUE

Le cerveau est congestionné ; la dure-mère est fortement adhérente au tissu cérébral au niveau de la brèche de trépanation. Il n'existe aucune hémorragie récente.

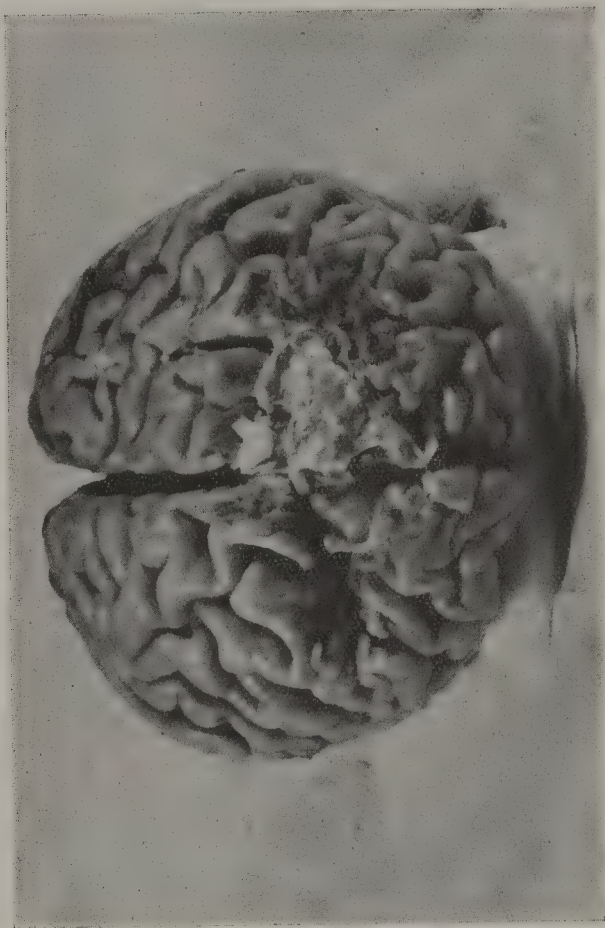


FIG. 3.

La perte de substance cérébrale intéresse bilatéralement le tiers moyen des première et deuxième circonvolutions frontales. A droite, elle empiète légèrement sur la partie adjacente de la troisième circonvolution frontale. Elle mesure dans le sens frontal 6 cm. à droite et 5 cm. 5 à gauche ; dans le sens antéro-postérieur elle s'étend à gauche sur 4 cm. 5, à droite sur 2 cm. 5 seulement (fig. 3). Elle intéresse donc la zone préfrontale et empiète sur la zone prémotrice. Sur la face interne des deux hémisphères, la partie correspondante

de la circonvolution frontale interne est détruite, jusqu'à la scissure calloso-marginale à droite et dans ses deux tiers supérieurs seulement à gauche. Le lobe du corps calleux est indemne des deux côtés, ainsi que le corps calleux lui-même.

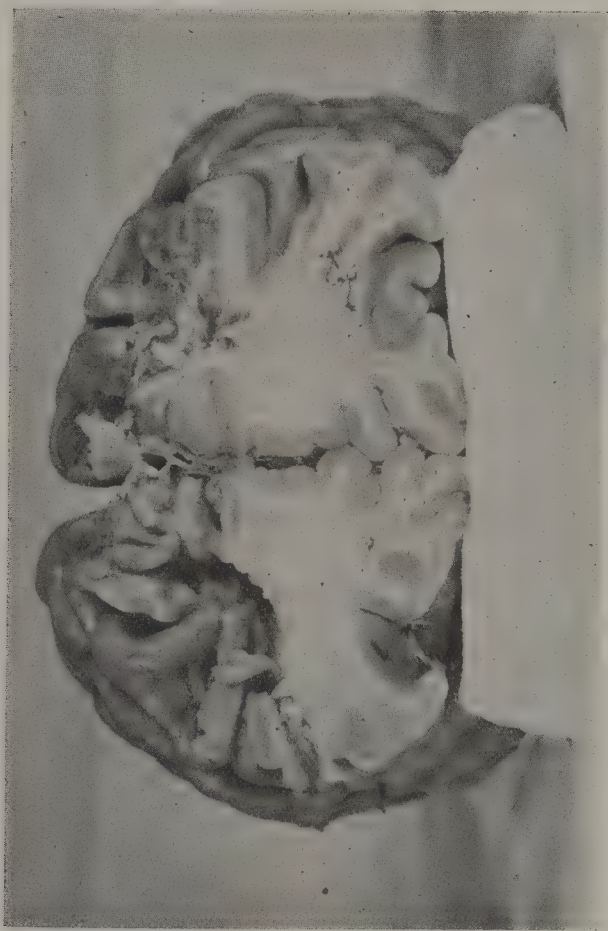


FIG. 4.

En profondeur, la lésion détruit la partie correspondante du centre ovale. Ce dernier est plus profondément lésé à droite qu'à gauche. A droite, la destruction atteint la voûte de la corne ventriculaire frontale ; elle s'arrête, à gauche, à 1 centimètre environ de cette cavité (fig. 4).

On voit donc que les lobes préfrontaux sont profondément touchés dans leur partie médiane, jusqu'aux environs du genou

du corps calleux. Au point de vue cortical, ce sont surtout les régions correspondant aux champs 8, 9, 46 et 32 de Brodman qui ont souffert (fig. 5).

L'intégrité relative de la région antérieure (champ 10), ainsi que de la partie correspondante du centre ovale, explique vrai-

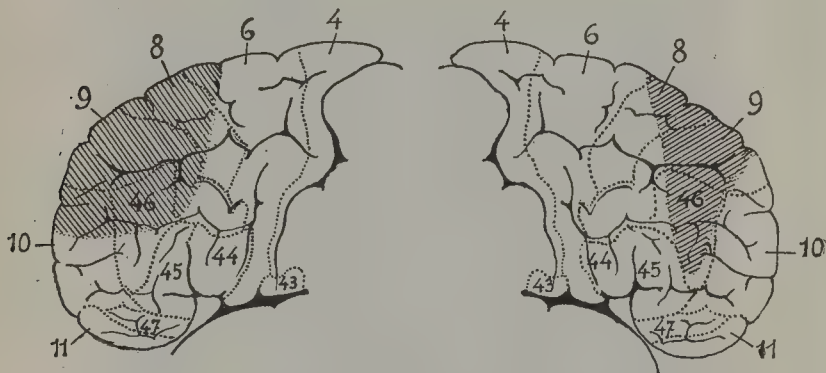


FIG. 5.

semblablement l'absence d' « ataxie frontale » chez notre malade.

L'atteinte bilatérale très importante de la région correspondant au champ 46 est à noter, en rapport avec les phénomènes observés récemment chez le singe par Kennard et Ectors (1), après extirpation bilatérale simultanée des mêmes régions. L'absence de déviations oculaires peut résulter du fait que les conséquences des lésions droite et gauche se neutralisent mutuellement.

#### INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

- BRICKNER (R.-M.), 1934. — *Assoc. Res. fort nerv. and ment. dis.*, 13, 259.  
 BRICKNER (R.-M.), 1934. — *Arch. of Neurol. and Psych.*, 31, 1118.  
 BRUN (R.), 1932. — *Zeits. f. d. ges. Neur. und Psych.*, 138, 122.  
 DUSSEY DE BARENNE (J.-J.), 1933. — *Arch. of Neurol. and Psych.*, 30, 384.  
 FULTON (J.-F.), 1934. — *Journ. of the Michigan State Med. Soc.*, 33, 175 et 235.  
 JACOBSEN (C.-F.), 1931. — *Journ. of Compar. Neurol.*, 52, 272.  
 JACOBSEN (C.-F.), 1935. — *Arch. of Neurol.*, 33, 558.  
 LASHLEY (K.-S.), 1924. — *Arch. of Neurol. and Psych.*, 12, 149.

(1) Marg. A. KENNARD and L. ECTORS. — Forced circling in monkeys following lesions of the frontal lobes. *Journ. of Neurophysiology*, vol. 1, n° 1, janv. 1938.

# SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

*fondée le 27 avril 1852  
reconnue comme établissement d'utilité publique  
par décret du 11 décembre 1867*

---

## LISTE

**des Présidents, Secrétaires généraux et Trésoriers  
de la Société Médico-psychologique (1852-1939)**

### *Présidents (1)*

1852-1853	MM. FERRUS.	1877	MM. BILLOD.
1853-1854	GERDY.	1878	BAILLARGER.
1854-1855	BUCHÉZ.	1879	Prosper LUCAS.
1855-1856	PARCHAPPE.	1880	LEGRAND DU SAULLE.
1856-1857	PEISSE.	1881	LUYS.
1857-1858	BAILLARGER.	1882	DALLY.
1858-1859	CERISE.	1883	MOTET.
1859-1860	TRÉLAT.	1884	A. FOVILLE.
1861	BRIERRE DE BOISMONT.	1885	H. DAGONET.
1862	Adolphe GARNIER.	1886	Armand SEMELAIGNE.
1863	DELASIAUVE.	1887	MAGNAN.
1864	J.-J. MOREAU DE TOURS.	1888	COTARD.
1865	GIRARD DE CAILLEUX.	1889	Jules FALRET.
1866	Félix VOISIN.	1890	BALL.
1867	Paul JANET.	1891	BOUCHEREAU.
1868	BROCHIN.	1892	Théophile ROUSSEL.
1869	CONSTANS.	1893	CHRISTIAN.
1870-1871	LASÈGUE.	1894	Auguste VOISIN.
1872	Jules FALRET.	1895	Paul MOREAU DE TOURS.
1873	LUNIER.	1896	Eugène CHARPENTIER.
1874	LOISEAU.	1897	Paul GARNIER.
1875	BLANCHE.	1898	MEURIOT.
1876	DUMESNIL.	1899	Jules VOISIN.

(1) Fondée le 27 avril 1852, la Société Médico-Psychologique fut présidée d'abord par FERRUS et, jusqu'en 1860, choisit en juillet son président annuel. A partir de 1860, le président fut élu à la séance de décembre pour entrer en fonctions au mois de janvier.



1900	MM. MAGNAN.	1921	MM. PACTET.
1901	JOFFROY.	1922	TOULOUSE.
1902	MOTET.	1923	ANTHEAUME.
1903	Gilbert BALLET.	1924	TRUELLE.
1904	BRUNET.	1925	ROUBINOVITCH.
1905	VALLON.	1926	SOLLIER.
1906	BRIAND.	1927	LEGRAIN.
1907	DENY.	1928	Raoul LEROY.
1908	SÉGLAS.	1929	Pierre JANET.
1909	LEGRAS.	1930	CAPGRAS.
1910	ARNAUD.	1931	Henri CLAUDE.
1911	SÉRIEUX.	1932	MARCHAND.
1912	KLIPPEL.	1933	Georges DUMAS.
1913	René SEMELAIGNE.	1934	MIGNOT.
1914-1916	VIGOUROUX.	1935	Th. SIMON.
1917	CHASLIN.	1936	VURPAS.
1918	Henri COLIN.	1937	René CHARPENTIER.
1919	DUPAIN.	1938	FILLASSIER.
1920	TRÉNEL.	1939	LAIGNEL-LAVASTINE.

*Secrétaires généraux*

1852-1856	MM. DECHAMBRE.	1873-1881	MM. MOTET.
1856-1858	CERISE.	1882-1920	RITTI.
1858-1859	BRIERRE DE BOISMONT	1920-1930	Henri COLIN.
1859-1861	ARCHAMBAULT.	1930-1935	René CHARPENTIER.
1862-1866	BROCHIN.	1936-1939	COURBON.
1867-1873	LOISEAU.		

*Trésoriers-Archivistes*

1852-1855	MM. MICHÉA.	1903-1908	MM. ANTHEAUME.
1855-1861	BROCHIN.	1908-1920	PACTET.
1862-1871	LEGRAND DU SAULLE.	1921-1931	R. MALLET.
1872-1892	Auguste VOISIN.	1931-1936	Mme THUILLIER-LANDRY.
1893-1897	Jules VOISIN.	1937-1939	M. G. COLLET.
1898-1902	BRUNET.		

## BUREAU POUR 1939

*Président* : M. LAIGNEL-LAVASTINE.

*Vice-Président* : M. Paul GUIRAUD.

*Secrétaire général* : M. Paul COURBON.

*Trésorier-Archiviste* : M. Georges COLLET.

*Secrétaire des séances* : MM. Paul CARRETTE et J. VIÉ.

LISTE DES MEMBRES établie le 25 janvier 1939 <sup>(1)</sup>

## Membres titulaires honoraires (20)

*Membres titulaires*  
depuis :

1884. MM. SÉGLAS.  
1888. DUPAIN.  
— LEGRAIN.  
1893. KLIPPEL.  
— PACTET.  
— SÉRIEUX.  
1895. Pierre JANET.  
— ROUBINOVITCH.  
1899. NAGEOTTE.  
1905. LWOFF.

*Membres titulaires*  
depuis :

1909. MM. LEROY.  
1910. ROGUES DE FURSAC.  
— PIÉRON.  
1911. CAPGRAS.  
1927. CALMELS.  
1930. Paul CAMUS.  
— GUILLAIN.  
— Pierre MARIE.  
— Henry MEIGE.  
— André THOMAS.

## Membres titulaires (94)

*Membres titulaires*  
depuis :

1896. MM. TOULOUSE.  
1911. MARCHAND.  
— VURPAS.  
— MIGNOT.  
— René CHARPENTIER.

*Membres titulaires*  
depuis :

1913. MM. FILLASSIER.  
— LAIGNEL-LAVASTINE.  
1919. Ach. DELMAS.  
— DEVAUX.  
— DUPOUY.

(1) La Société réunit actuellement 448 membres. Les candidats au titre de *membre titulaire*, *membre correspondant national* ou *membre associé étranger* de la Société Médico-psychologique, doivent adresser au Secrétaire général, en même temps que leur lettre de candidature, une liste de titres et travaux scientifiques et un exemplaire de leurs publications.

*Membres titulaires*  
depuis :

1920.	MM. BARBÉ.
—	MEURIOT.
—	Th. SIMON.
1922.	Henri CLAUDE.
1923.	Georges DUMAS.
—	BUSSARD.
1924.	LHERMITTE.
—	GUIRAUD.
1926.	COURBON.
—	LOGRE.
1927.	D. SANTENOISE.
—	H. BEAUDOUIN.
—	MINKOWSKI.
1930.	DEMAY.
—	HEUYER.
—	Xavier ABÉLY.
—	A. BAUDOUIN.
—	FRIBOURG-BLANC.
—	GENIL-PERRIN.
—	LÉVY-VALENSI.
—	MAILLARD.
—	SENGÈS.
—	TINEL.
—	WALLON.
1931.	Paul ABÉLY.
—	CEILLIER.
—	VINCHON.
—	CODET.
—	Henri BARUK.
—	A. BOREL.
—	BUVAT.
—	COLLET.
—	HARTENBERG.
—	Mme THUILLIER-LANDRY.
—	MM. TARGOWLA.
—	PÉRON.
—	BONHOMME.
—	GOURIOU.
—	ABADIE.
—	AMELINE.
—	AUBRY.
—	Jacques BARUK.
—	Ch. BLONDEL.

*Membres titulaires*  
depuis :

1931.	MM. P. COMBEMALE.
—	DANJEAN.
—	DESRUELLES.
—	DIDE.
—	EUZIÈRE.
—	GUICHARD.
—	HALBERSTADT.
—	J. HAMEL.
—	HESNARD.
—	LAGRIFFE.
—	LAUZIER.
—	J. LÉPINE.
—	NAYRAC.
—	M. OLIVIER.
—	PASTUREL.
—	POROT.
—	RAVIART.
—	RAYNEAU.
—	R. ROUGEAN.
—	Ach. SANTENOISE.
—	VIEUX.
—	WAHL.
—	BOURGUIGNON.
—	VIGNAUD.
—	LARGEAU.
1932.	CÉNAC.
1933.	CARRETTE.
1934.	BRISSET.
—	LERAT.
1935.	PORC'HER.
—	BAUER.
—	Mme MINKOWSKA.
1936.	MM. R. D. ANGLADE.
1937.	POMMÉ.
—	BROUSSEAU.
—	MARTIMOR.
—	ALLAMAGNY.
—	J. VIÉ.
—	VILLEV-DESMESERETS.
1938.	PFERSDORFF.
—	CHATAGNON.
1939.	N... (1).

(1) L'élection à 4 places de *membre titulaire* déclarées vacantes aura lieu à la séance du lundi 27 février 1939.

## Membres Correspondants Nationaux (143)

<i>Membres correspondants</i> depuis :	<i>Membres correspondants</i> depuis :
1888. MM. LEMOINE.	1931. MM. GRIMBERT.
1899. BRETON.	— CALMETTES.
1902. COLOLIAN.	— DELMAS-MARSALET.
1903. CHÉNAIS.	— LABUCHELLE.
1904. VERNET.	— ERNST.
1905. V. PARANT.	— PERRUSSEL.
— PERPÈRE.	— ARTUR.
1912. BEAUSSART.	— Paul COSSA.
— OSSIP-LOURIÉ.	— LARRIVÉ.
1913. ALBÈS.	— FROMENTY.
— VOIVENEL.	1932. MESTRALLET.
1918. GILLES.	— P. LASSALLE.
— J. COURJON.	— MORAT.
1919. BOUDON.	— OMBRÉDANE.
— BENON.	— TRIVAS.
1920. RENAUX.	— H. ROGER.
— VIAN.	— P. MASQUIN.
1921. MOLIN de TEYSSIEU.	— BURCKARD.
1922. EISSEN.	— Henri EY.
— QUERCY.	— LE GUILLANT.
1923. Ch. REBOUL-LACHAUX.	— PICARD.
— POTEL.	— RONDEPIERRE.
1924. PRINCE.	1933. CUEL.
1925. G. PAUL-BONCOUR.	— PICHARD.
— Gilbert ROBIN.	— VIGNERON D'HEUCQUEVILLE.
1928. MONTASSUT.	— DUBLINEAU.
1930. ALAJOUANINE.	— DAUSSY.
— CORNÉLIUS.	— POTET.
— DELAVILLE.	1934. CORMAN.
— GALLAIS.	— LE GRAND.
— LAHY.	— DONNADIEU.
— SCHAEFFER.	— Léo.
— SCHIFF.	— CARON.
1931. BARRÉ.	— LÉCULIER.
— CHARTIER.	— MARESCHAL.
— DADAY.	— LACAN.
— DUMOLARD.	— Mme VOLKRINGER.
— GONNET.	— MM. DECHAUME.
— HYVERT.	— GAUTHIER.
— JUDE.	1934. BARGUES.
— MACÉ DE LÉPINAY.	— Emile ADAM.
— MARTIN-SISTERON.	— FREY.
— MEIGNANT.	— SCHÜTZENBERGER.
— Frantz ADAM.	— Mlle CULLERRE.
— Paul DELMAS.	1935. MM. LAGACHE.
— LAMACHE.	— GOT.

*Membres correspondants  
depuis :*

1935. MM. DURAND-SALADIN.  
 — J. LASSALE.  
 — CHRISTY.  
 — DUPYTOUT.  
 — TRILLOT.  
 — LE SAVOUREUX.  
 — Rémi COURJON.  
 — LECLERCQ.  
 — TOYE.  
 — SIVADON.  
 — ROUART.  
 — J. BOREL.  
 — LEULIER.  
 — CASALIS.  
 — Mlle DEROMBIES.  
 — M. RUBENOVITCH.  
 1936. Mme MASSON.  
 — Mlle DESCHAMPS.  
 — MM. MANS.  
 — TUSQUES.  
 — AUBIN.  
 — CRÉMIEUX.  
 — VULLIEN.  
 — FEULLADE.  
 — TEULIÉ.  
 1937. MALE.

*Membres correspondants  
depuis :*

1937. MM. POTTIER.  
 — BRIAU.  
 — Mme COLLET.  
 — MM. GARDIEN.  
 — PIERSON.  
 — PUECH.  
 — L. ANGLADE.  
 — DAUMÉZON.  
 — Mme CROZET.  
 — MM. DOUSSINET.  
 — ROYER.  
 1938. DELMOND.  
 — FERDIÈRE.  
 — SCHERRER.  
 — THUILLIER.  
 — DAVID.  
 — BELEY.  
 — BESSIÈRE.  
 — LECONTE.  
 — FRÉTET.  
 — FAIL.  
 — DUCOUDRAY.  
 — GALLOT.  
 — MENUAU.  
 — SOULAIRAC.

Nous donnons ci-dessous la liste et les adresses des membres titulaires, correspondants nationaux et associés étrangers, avec la date de leur entrée dans la Société. Prière d'adresser toutes rectifications au Secrétaire général de la Société Médico-Psychologique.

**Membres titulaires honoraires (20)**

MM. CALMELS (F.-L.), 22, avenue des Gobelins, Paris (V<sup>e</sup>). — 25 avril 1927.  
 CAMUS (Paufl), 55, quai Bourbon, Paris (IV<sup>e</sup>). — 22 décembre 1930.  
 CAPGRAS (Joseph), 7, allées de Longchamp, Le Perreux-sur-Marne (Seine). — 29 janvier 1906.  
 DUPAIN (Jean-Marie), 5, boulevard Saint-Michel, Paris (V<sup>e</sup>). — 25 juin 1888.  
 GUILLAIN (Georges), 215 bis, boulevard Saint-Germain, Paris (VII<sup>e</sup>). — 22 décembre 1930.  
 JANET (Pierre), 54, rue de Varenne, Paris (VII<sup>e</sup>). — 28 janvier 1895.  
 KLIPPEL (Maurice), 63, boulevard des Invalides, Paris (VII<sup>e</sup>). — 27 novembre 1893.



- MM. LEGRAIN (Maurice), 9, rue Pelouze, Paris (VIII<sup>e</sup>). — 30 juillet 1888.  
 LEROY (Raoul), 16, rue Julie, Paris (XIV<sup>e</sup>). — 28 mars 1898.  
 LWOFF (Salomon), 14, avenue Marie-Louise, La Varenne-St-Hilaire (Seine). — 20 janvier 1893.  
 MARIE (Pierre), 76, rue de Lille, Paris (VII<sup>e</sup>). — 22 décembre 1930.  
 MEIGE (Henry), allée Boileau, Champignolle, La Varenne-St-Hilaire (Seine). — 28 février 1898.  
 NAGEOTTE (Jean), 82, rue Notre-Dame-des-Champs, Paris (VI<sup>e</sup>). — 25 juillet 1898.  
 PACTET (Fl.), 35, Grande-Rue, Châtenay (Seine). — 29 février 1892.  
 PIÉRON (Henri), 52, route de la Plaine, Le Vésinet (Seine-et-Oise). — 27 avril 1903.  
 ROGUES DE FURSAC (Joseph), 20, rue de Longchamp, Paris (XVI<sup>e</sup>). — 28 février 1910.  
 ROUBINOVITCH (Jacques), 3, rue de Médicis, Paris (VI<sup>e</sup>). — 27 juin 1892.  
 SÉGLAS (J.), 96, rue de Rennes, Paris (VI<sup>e</sup>). — 28 juillet 1884.  
 SÉRIEUX (Paul), 131, boulevard Brune, Paris (XIV<sup>e</sup>). — 25 janvier 1892.  
 THOMAS (André), 28, rue Marbeuf, Paris (VIII<sup>e</sup>). — 22 décembre 1930.

### Membres titulaires (94)

- MM. ABADIE (Jean), 18, rue Porte-Dijeaux, à Bordeaux. — 29 mai 1922.  
 ABÉLY (Paul), Hôpital psychiatrique de Villejuif (Seine). — 30 juin 1924.  
 ABÉLY (Xavier), Hôpital psychiatrique (Sainte-Anne), 1, rue Cabanis, Paris (XIV<sup>e</sup>). — 27 juin 1921.  
 ALLAMAGNY (P.), 46, boulevard Carnot, Le Vésinet (Seine-et-Oise). — 29 mars 1921.  
 AMÉLINE (Marius), Mehun-sur-Yèvre (Cher). — 30 mai 1910.  
 ANGLADE (Roger-D.), Hôpital psychiatrique de Villejuif (Seine). — 28 mai 1931.  
 AUBRY (J.-M.-E.), Maison de Santé de Maréville (Meurthe-et-Moselle). — 28 mai 1931.  
 BARBÉ (André), 39, rue de l'Université, Paris (VII<sup>e</sup>). — 24 avril 1911.  
 BARUK (Henri), 57, Grande-Rue, à Saint-Maurice (Seine). — 26 janvier 1931.  
 BARUK (Jacques), 19, rue Mirabeau, à Angers (Maine-et-Loire). — 26 décembre 1910.  
 BAUDOUIN (André), 5, rue Palatine, Paris (VI<sup>e</sup>). — 22 décembre 1930.  
 BAUER (Ernest), Hôpital psychiatrique de Naugeat, à Limoges (Haute-Vienne). — 27 avril 1931.  
 BEAUDOUIN (Henri), Hôpital psychiatrique de Maison-Blanche, à Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — 29 septembre 1924.  
 BLONDEL (Charles), 23, rue des Fossés-Saint-Jacques, Paris (V<sup>e</sup>). — 21 juillet 1928.  
 BONHOMME (J.), 17, rue de Penthièvre, à Sceaux (Seine). — 27 novembre 1916.  
 BOREL (Adrien), 11, quai aux Fleurs, Paris (IV<sup>e</sup>). — 29 décembre 1923.  
 BOURGUIGNON (Georges), 15, rue Royer-Collard, Paris (V<sup>e</sup>). — 22 décembre 1930.

- MM. BRISSOT (Maurice), Hôpital psychiatrique de Vaucluse, à Epinay-sur-Orge (Seine-et-Oise). — 27 juin 1921.
- BROUSSEAU (Albert), 109, avenue Henri-Martin, Paris (XVI<sup>e</sup>). — 30 janvier 1922.
- BUSSARD (Edouard), 8, avenue du Onze-Novembre 1918, à Bellevue (Seine-et-Oise). — 29 juillet 1907.
- BUVAT (Jean-Baptiste), 130, rue de la Glacière, Paris (XIII<sup>e</sup>). — 27 mars 1905.
- CARRETTE (Paul), 92 ter, boulevard Péreire, Paris (XVII<sup>e</sup>). — 31 mai 1926.
- CEILLIER (André), 20, quai de Béthune, Paris, (IV<sup>e</sup>). — 28 mai 1923.
- CÉNAC (Michel), 4, rue de Babylone, Paris (VI<sup>e</sup>). — 28 juin 1926.
- CHARPENTIER (René), 119, rue Perronet, à Neuilly-sur-Seine (Seine). — 30 décembre 1907.
- CHATAGNON (Pierre), Hôpital psychiatrique de Maison-Blanche, à Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — 28 juin 1938.
- CLAUDE (Henri), 11, rue Ampère, Paris (XVII<sup>e</sup>). — 27 mars 1922.
- CODET (Henri), 10, rue de l'Odéon, Paris (VI<sup>e</sup>). — 29 décembre 1923.
- COLLET (Georges), 6, avenue des Marronniers, à Fontenay-sous-Bois (Seine). — 23 février 1914.
- COMBEMALE (Pierre), route d'Ypres, à Bailleul (Nord). — 28 mai 1931.
- COURBON (Paul), Hôpital psychiatrique (Sainte-Anne), 1, rue Cabanis, Paris (XIV<sup>e</sup>). — 18 décembre 1916.
- DANJEAN (Alexis), Villa Valmer, 24, boulevard du Tsarevitch, à Nice (Alpes-Maritimes). — 28 mai 1931.
- DELMAS (Achille), 23, rue de la Mairie, à Ivry-sur-Seine (Seine). — 26 avril 1909.
- DEMAY (Georges), Hôpital psychiatrique de Maison-Blanche, Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — 27 juillet 1914.
- DESUELLES (Maurice), Hôpital psychiatrique de Saint-Ylie, par Dole (Jura). — 26 janvier 1931.
- DEVAUX (Albert), 117 bis, rue Perronet, à Neuilly-sur-Seine (Seine). — 24 juillet 1905.
- DIDE (M.), 11, rue Raymond Leygues, à Toulouse (Haute-Garonne). — 28 janvier 1901.
- DUMAS (Georges), 6, rue Garancière, Paris (VI<sup>e</sup>). — 28 juillet 1890.
- DUPOUY (Roger), 15, Villa du Bel-Air, Paris (XII<sup>e</sup>). — 29 juillet 1907.
- EUZIÈRE (Jean), 12, rue Marceau, à Montpellier (Hérault). — 28 mai 1931.
- FILLASSIER (M.-J.-A.), 10, quai Galliéni, à Suresnes (Seine). — 27 juin 1910.
- FRIBOURG-BLANC (André), 3, rue Ravez, à Bordeaux (Gironde). — 22 décembre 1930.
- GENIL-PERRIN (Georges), 63, boulevard Raspail, Paris (VII<sup>e</sup>). — 29 décembre 1919.
- GOURIOU (Paul), Hôpital psychiatrique de Maison-Blanche, à Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — 27 avril 1931.
- GUICHARD (Valentin), 77, route de Levens, à Nice (Alpes-Maritimes). — 28 mai 1931.
- GUIRAUD (Paul), Hôpital psychiatrique (Sainte-Anne), 1, rue Cabanis, Paris (XIV<sup>e</sup>). — 27 novembre 1922.

- MM. HALBERSTADT (Grégoire), 27, avenue Alphonse-Denis, à Hyères (Var). — 24 novembre 1919.
- HAMEL (J.), Maison de Santé de Maréville (Meurthe-et-Moselle). — 28 mai 1931.
- HARTENBERG (Pierre), 64, rue de Monceau, Paris (VIII<sup>e</sup>). — 24 juin 1907.
- HESNARD (André), 71, avenue de Ségur, Paris (XI<sup>e</sup>). — 29 décembre 1923.
- HEUYER (Georges), 1, avenue Emile-Deschanel, Paris (VII<sup>e</sup>). — 27 décembre 1926.
- LAGRIFFE (Lucien), 11, rue de l'Hospice, à Quimper (Finistère). — 18 décembre 1905.
- LAIGNEL-LAVASTINE (Maxime), 12 bis, place Laborde, Paris (VIII<sup>e</sup>). — 28 juillet 1913.
- LARGEAU (Robert), 29, rue de Clichy, Paris (IX<sup>e</sup>). — 22 décembre 1930.
- LAUZIER (Jean), Hôpital psychiatrique de la Chartreuse de Dijon (Côte-d'Or). — 26 mars 1928.
- LÉPINE (Jean), 1, place Gailleton, à Lyon (Rhône). — 22 février 1909.
- LERAT (H.), Hôpital psychiatrique de Lafond, à La Rochelle (Charente-Inférieure). — 28 juillet 1913.
- LÉVY-VALENSI (Jean), 48, avenue Victor-Hugo, Paris (XVI<sup>e</sup>). — 22 décembre 1930.
- LHERMITTE (Jean), 9, rue Marbeuf, Paris (VIII<sup>e</sup>). — 28 avril 1924.
- LOGRE (B.), 49, avenue Montaigne, Paris (VIII<sup>e</sup>). — 28 juin 1920.
- MAILLARD (Gaston), 2, rue Dispan, à l'Hay-les-Roses (Seine). — 22 décembre 1930.
- MARCHAND (L.), 47, rue Falguière, Paris (XV<sup>e</sup>). — 25 mars 1901.
- MARTIMOR (Emmanuel), Hôpital psychiatrique de Ville-Evrard, à Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — 23 mai 1932.
- MEURIOT (Henri), Château du Bel-Air, Villeneuve-Saint-Georges (Seine-et-Oise). — 27 décembre 1920.
- MIGNOT (Roger), 2, avenue de l'Orangerie, Le Perreux (Seine). — 26 juin 1905.
- M<sup>me</sup> MINKOWSKA (Françoise), 132, boulevard Montparnasse, Paris (XIV<sup>e</sup>). — 25 mai 1925.
- MM. MINKOWSKI (Eugène), 132, boulevard Montparnasse, Paris (XIV<sup>e</sup>). — 25 mai 1925.
- NAYRAC (Paul), 25, boulevard Charles-Delesalle, à Lille (Nord). — 28 mai 1931.
- OLIVIER (Maurice), Château de Saumery, à Huisseau-sur-Cosson (Loir-et-Cher). — 24 juin 1907.
- PASTUREL (Paul-Armand), Colonie familiale de Dun-sur-Auron (Cher). — 28 mai 1931.
- PÉRON (Noël), 10, quai Galliéni, à Suresnes (Seine). — 26 janvier 1931.
- PFERSDORFF (Charles), 6, quai Saint-Nicolas, à Strasbourg (Bas-Rhin). — 24 janvier 1938.
- POMMÉ (Bernard), 7, rue José-Maria-de-Heredia, Paris (VII<sup>e</sup>). — 26 novembre 1934.
- PORC'HER (Yves-J.-M.), Hôpital psychiatrique (Sainte-Anne), 1, rue Cabanis, Paris (XIV<sup>e</sup>). — 23 janvier 1933.
- POROT (André), Clinique Saint-Raphaël, El Biar, Algérie. — 25 novembre 1912.
- RAVIART (Georges), 91, rue d'Esquermes, à Lille (Nord). — 29 mai 1922.

- MM. RAYNEAU (James-A.), 117, boulevard Jourdan, Paris (XIV<sup>e</sup>). — 28 mai 1909.
- ROUGEAN (Roger), 12, rue Dagobert, à Saint-Lô (Manche). — 26 janvier 1931.
- SANTENOISE (Achille), 45, rue des Arènes, à Dole (Jura). — 28 mai 1931.
- SANTENOISE (Daniel), 30, rue Lionnois, à Nancy (Meurthe-et-Moselle). — 26 novembre 1923.
- SENGÈS (Noël), Hôpital psychiatrique de Vaucluse, à Epinay-sur-Orge (Seine-et-Oise). — 22 décembre 1930.
- SIMON (Théodore), 2, rue de Fleurus, Paris (VI<sup>e</sup>). — 24 mai 1909.
- TARGOWLA (René), 169, rue de l'Université, Paris (VII<sup>e</sup>). — 29 décembre 1923.
- M<sup>me</sup> THUILLIER-LANDRY (L.), 102, rue de Grenelle, Paris (VII<sup>e</sup>). — 26 janvier 1931.
- MM. TINEL (Jean), 254, boulevard Saint-Germain, Paris (VII<sup>e</sup>). — 22 décembre 1930.
- TOULOUSE (Edouard), 40, avenue du Parc-Montsouris, Paris (XIV<sup>e</sup>). — 27 juin 1892.
- VIÉ (Jacques), Hôpital psychiatrique de Maison-Blanche, à Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — 22 décembre 1930.
- VIEUX (Numa), à Divonne-les-Bains (Ain). — 24 juin 1912.
- VIGNAUD (Jean-Baptiste), 4, avenue d'Orléans, Paris (XIV<sup>e</sup>). — 28 novembre 1927.
- VILLEY-DESMESERETS (Georges), 130, rue de la Glacière, Paris (XIII<sup>e</sup>). — 23 février 1931.
- VINCHON (Jean), 108, rue du Bac, Paris (VII<sup>e</sup>). — 27 juin 1921.
- VURPAS (Claudius), 161, rue de Charonne, Paris (XI<sup>e</sup>). — 27 juillet 1903.
- WAHL (Maurice), 15, boulevard Verne, à Sainte-Anne, Marseille (Bouches-du-Rhône). — 22 juillet 1901.
- WALLON (Henri), 19, rue de la Tour, Paris (XVI<sup>e</sup>). — 22 décembre 1930.

### Membres Correspondants Nationaux (143)

- MM. ADAM (Emile), Maison de Santé Saint-Georges, à Bourg (Ain). — 18 décembre 1934.
- ADAM (Frantz), Hôpital psychiatrique de Rouffach (Haut-Rhin). — 23 février 1931.
- ALAJOUANINE (Th.), 120, avenue Victor-Hugo, Paris (XVI<sup>e</sup>). — 22 décembre 1930.
- ALBÈS, 3, rue Saint-Senoch, Paris (XVII<sup>e</sup>). — 26 mai 1913.
- ANGLADE (Louis), Hôpital psychiatrique de Pont-l'Abbé-Picauville (Manche). — 22 novembre 1937.
- ARTUR (René), Hôpital Sainte-Anne, à Toulon (Var). — 22 juin 1931.
- AUBIN (Henri), 31, boulevard Hippolyte-Giraud, à Oran (Algérie). — 26 octobre 1936.
- BARGUES (Roger), Hôpital psychiatrique d'Agen (Lot-et-Garonne). — 26 novembre 1934.

- MM. BARRÉ (Jean-André), 18, avenue Neville-Chamberlain, à Strasbourg (Bas-Rhin). — 26 janvier 1931.
- BEAUSSART (Paul), Hôpital psychiatrique de Villejuif (Seine). — 25 novembre 1912.
- BELEY (André-P.-L.), 10, route de la Torchaise, à Poitiers (Vienne). — 27 juin 1938.
- BENON (R.-L.), 59, rue Saint-Jacques, à Nantes (Loire-Inférieure). — 24 novembre 1919.
- BESSIÈRE (René), Hôpital psychiatrique Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, Paris (XIV<sup>e</sup>). — 24 octobre 1938.
- BOREL (Jacques), Hôpital psychiatrique de Breuty-la-Couronne (Charente). — 23 décembre 1935.
- BOUDON (Louis), 179, boulevard Saint-Germain, Paris (VII<sup>e</sup>). — 28 juillet 1919.
- BRETON (André), 15, place Darcy, à Dijon (Côte-d'Or). — 27 novembre 1899.
- BRIAU (Raymond), Hôpital psychiatrique de Clermont-de-l'Oise. — 24 mai 1937.
- BURCKARD (Eugène), Hôpital psychiatrique de Stephansfeld (Bas-Rhin). — 27 juin 1932.
- CALMETTES (Albert), Hôpital psychiatrique de Naugeat, à Limoges (Haute-Vienne). — 27 avril 1931.
- CARON (Marcel), Hôpital psychiatrique de Fleury-les-Aubrais (Loiret). — 25 juin 1934.
- CASALIS (Bernard-A.), 40, avenue Horace-Vernet, Le Vésinet (Seine-et-Oise). — 23 décembre 1935.
- CHARTIER (Maurice), 9 bis, avenue des Fleurs, à Nice (Alpes-Maritimes). — 26 janvier 1931.
- CHÉNAIS (Louis), 6, rue Piccini, Paris (XVI<sup>e</sup>). — 30 mars 1903.
- CHRISTY (Henri-Ed.), Maison de Santé départementale, Le Mans (Sarthe). — 24 juin 1935.
- M<sup>me</sup> COLLET (Marguerite), Hôpital psychiatrique de Fains (Meuse). — 28 juin 1937.
- MM. COLOLIAN (Pierre), 37 bis, rue de Ponthieu, Paris (VIII<sup>e</sup>). — 27 octobre 1902.
- CORMAN (Louis), Hospice Général de Nantes (Loire-Inférieure). — 26 février 1934.
- CORNÉLIUS (René), 7, avenue Constant-Coquelin, Paris (VII<sup>e</sup>). — 22 décembre 1930.
- COSSA (Paul), 29, boulevard Victor-Hugo, à Nice (Alpes-Maritimes). — 22 juin 1931.
- COURJON (Jean), Maison de Santé de Meyzieux (Isère). — 29 juillet 1918.
- COURJON (Rémi), Maison de Santé de Meyzieux (Isère). — 28 octobre 1935.
- CRÉMIEUX (Albert), 255, rue Paradis, à Marseille (Bouches-du-Rhône). — 26 octobre 1936.
- M<sup>me</sup> CROZET, Hôpital psychiatrique de Saint-Venant (Pas-de-Calais). — 22 novembre 1937.
- M. CUEL (Jean-R.), 16, rue Littré, Paris (VI<sup>e</sup>). — 23 janvier 1933.
- M<sup>lle</sup> CULLERRE (Elisabeth), Hôpital psychiatrique de Vaucluse, à Epinay-sur-Orge (Seine-et-Oise). — 18 décembre 1934.



- MM. DADAY (Pierre), 57, Grande-Rue, à Saint-Maurice (Seine). — 26 janvier 1931.
- DAUMÉZON (Georges), Hôpital psychiatrique de Fleury-les-Aubrais (Loiret). — 22 novembre 1937.
- DAUSSY (Henri), Hôpital psychiatrique Saint-Méen, à Rennes (Ille-et-Vilaine). — 26 juin 1933.
- DAVID (Marcel), 15, rue Freycinet, Paris (XVI<sup>e</sup>). — 28 février 1938.
- DECHAUME (Jean), 16, quai Tilsitt, à Lyon (Rhône). — 26 novembre 1934.
- DELAVILLE (Maurice), 9, boulevard Malesherbes, Paris (VIII<sup>e</sup>). — 22 décembre 1930.
- DELMAS (Paul), 23, rue de la Mairie, à Ivry-sur-Seine (Seine). — 23 février 1931.
- DELMAS-MARSALET (André), 144, rue Abbé-de-l'Épée, à Bordeaux (Gironde). — 27 avril 1931.
- DELMOND (Jacques), Hôpital psychiatrique de Hoerdts (Bas-Rhin). — 24 janvier 1938.
- M<sup>lle</sup> DEROMBES (Madeleine), Hôpital psychiatrique de Saint-Ylie, près Dole (Jura). — 23 décembre 1935.
- M<sup>lle</sup> DESCHAMPS (Andrée), Hôpital psychiatrique, à Saint-Étienne-du-Rouvray (Seine-Inférieure). — 24 février 1936.
- MM. DONNADIEU (André), Hôpital neuro-psychiatrique de Ber-Rechid (Maroc). — 28 mai 1934.
- DOUSSINET (Pierre), Hôpital psychiatrique de Fains (Meuse). — 22 novembre 1937.
- DUBLINEAU (Jean), Hôpital psychiatrique de Ville-Evrard, à Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — 27 février 1933.
- DUCOUDRAY (J.), Asile privé du Bon-Sauveur, à Albi (Tarn). — 22 décembre 1938.
- DUMOLARD (Léon), 64, rue d'Isly, à Alger. — 26 janvier 1931.
- DUPYTOUT (Gabriel), 11, rue Armand-Barbès, à Limoges (Haute-Vienne). — 24 juin 1935.
- DURAND-SALADIN (Jean), 10, quai Gallièni, à Suresnes (Seine). — 24 juin 1935.
- EISSEN (Jean), Hôpital psychiatrique de Stephansfeld, à Brumath (Bas-Rhin). — 26 juin 1922.
- ERNST (Henri), à Divonne-les-Bains (Ain). — 28 mai 1931.
- EY (Henri), Hôpital psychiatrique de Bonneval (Eure-et-Loir). — 27 juin 1932.
- FAÏL (Gabriel), Hôpital psychiatrique de Clermont-de-l'Oise. — 24 octobre 1938.
- FERDIÈRE (Gaston), Asile agricole de Chezal-Benoît (Cher). — 24 janvier 1938.
- FEUILLADE (Maurice), 19 bis, quai Tilsitt, à Lyon (Rhône). — 23 novembre 1936.
- FRÉTET (Jean), Hôpital psychiatrique de Sarreguemines (Moselle). — 24 octobre 1938.
- FREY (Bernard), Hôpital psychiatrique de Rouffach (Haut-Rhin). — 18 décembre 1934.
- FROMENTY (Louis), 32, rue de l'Hospitalité, à Tours (Indre-et-Loire). — 28 décembre 1931.
- GAILLIS (Alfred), 58, rue de Rennes, Paris (VI<sup>e</sup>). — 22 décembre 1930.
- GALLOT (M.), 2, rue Rosa-Bonheur, Paris (XV<sup>e</sup>). — 22 décembre 1938.

- MM. GARDIEN (Pierre-Etienne), Hôpital psychiatrique de Limoux (Aude). — 25 octobre 1937.
- GAUTHIER (Maurice), Médecin-Colonel, Hôpital Percy, à Clamart (Seine). — 26 novembre 1934.
- GILLES (André), Hôpital psychiatrique Saint-Luc, à Pau (Basses-Pyrénées). — 29 avril 1918.
- GONNET (André), 21, rue Brossard, à Saint-Etienne (Loire). — 26 janvier 1931.
- GOT (Roger), Hôpital psychiatrique de Navarre, par Evreux (Eure). — 25 mars 1935.
- GRIMBERT (Charles), 11, rue Duroc, Paris (VII<sup>e</sup>). — 30 mars 1931.
- HYVERT (Maurice), Hôpital psychiatrique de Clermont-de-l'Oise. — 26 janvier 1931.
- JUDE (René), 18, rue Château-Payan, à Marseille (Bouches-du-Rhône). — 26 janvier 1931.
- LABUCHELLE (Marcel), 9, rue du Colisée, à Bordeaux (Gironde). — 27 avril 1931.
- LACAN (Jacques), 97, boulevard Malesherbes, Paris (VIII<sup>e</sup>). — 22 octobre 1934.
- LAGACHE (Daniel), 12, rue Gustave-Klotz, Strasbourg (Bas-Rhin). — 28 janvier 1935.
- LAHY (Jean-Marie), 22, avenue de l'Observatoire, Paris (V<sup>e</sup>). — 22 décembre 1930.
- LAMACHE (Alexandre), 27, boulevard de la Liberté, à Rennes (Ille-et-Vilaine). — 23 février 1931.
- LARRIVÉ (Emile), 192 bis, route de Vienne, à Lyon (Rhône). — 23 novembre 1931.
- LASSALE (Jean), 16, rue Victor-Hugo, à Lyon (Rhône). — 24 juin 1935.
- LASSALLE (Pierre), Hôpital psychiatrique d'Auch (Gers). — 22 février 1932.
- LECLERCQ (Pierre), 40, avenue Horace-Vernet, Le Vésinet (Seine-et-Oise). — 28 octobre 1935.
- LECONTE (Maurice), 2, rue Georges de Porto-Riche, Paris (XIV<sup>e</sup>). — 24 octobre 1938.
- LÉCULIER (Pierre), Asile privé du Bon-Sauveur, à Bégard (Côtes-du-Nord). — 25 juin 1934.
- LE GRAND (André), 27, rue de la Bassée, à Lille (Nord). — 23 avril 1934.
- LE GUILLANT (Louis), Hôpital psychiatrique de La Charité-sur-Loire (Nièvre). — 27 juin 1932.
- LEMOINE (Henri), 25, boulevard de la Liberté, à Lille (Nord). — 27 février 1888.
- LE SAVOUREUX (Henri), Maison de Santé de La Vallée-aux-Loups, à Châtenay-Malabry (Seine). — 24 juin 1935.
- LEULIER (Pierre-Marie), 40, avenue Horace-Vernet, Le Vésinet (Seine-et-Oise). — 23 décembre 1935.
- LÎO (Pierre), Institut neuropsychiatrique de La Charité-sur-Loire (Nièvre). — 28 mai 1934.
- MACÉ DE LÉPINAY (Charles), 4, rue d'Angivilliers, à Versailles (Seine-et-Oise). — 26 janvier 1931.
- MALE (Pierre), 11, rue de Navarre, Paris (V<sup>e</sup>). — 22 février 1937.
- MANS (Jean), Hôpital psychiatrique de Saint-Rémy (Haute-Saône). — 27 avril 1936.

- MM. MARESCHAL (Pierre), Hôpital de la Manouba (Tunisie). — 25 juin 1934.
- MARTIN-SISTERON (M.), 14, rue Edmond-Rey, à Grenoble (Isère). — 26 janvier 1931.
- MASQUIN (Pierre), 1, rue Petite-Fusterie, à Avignon (Vaucluse). — 23 mai 1932.
- M<sup>me</sup> MASSON (Agnès), Hôpital psychiatrique de Naugeat, à Limoges (Haute-Vienne). — 27 janvier 1936.
- MM. MEIGNANT (Paul), 8, rue Saint-Lambert, à Nancy (Meurthe-et-Moselle). — 26 janvier 1931.
- MENUAU ( ), Hôpital psychiatrique de Moisselles (Seine-et-Oise). — 22 décembre 1938.
- MESTRALLET (André), 25, quai Claude-Bernard, à Lyon (Rhône). — 26 janvier 1932.
- MOLIN DE TEYSSIEU (Gérard), 14, rue Blanc-Dutrouilh, à Bordeaux (Gironde). — 28 novembre 1921.
- MONTASSUT (Marcel), 69, rue de Grenelle, Paris (VII<sup>e</sup>). — 28 juin 1928.
- MORAT (Daniel), 10, rue Coutureau, à Saint-Cloud (Seine-et-Oise). — 22 février 1932.
- OMBRÉDANE (André), 53 ter, boulevard Suchet, Paris (XVI<sup>e</sup>). — 25 avril 1932.
- OSSIP-LOURIÉ, 42, avenue de Wagram, Paris (VIII<sup>e</sup>). — 25 novembre 1912.
- PARANT (Victor), Saint-Loup par Saint-Géniès (Haute-Garonne). — 17 avril 1905.
- PAUL-BONCOUR (Georges), 164, faubourg Saint-Honoré, Paris (VIII<sup>e</sup>). — 27 avril 1925.
- PERPÈRE (Eugène), 4, rue des Marronniers, Paris (XVI<sup>e</sup>). — 24 décembre 1906.
- PERRUSSEL (Georges), Hôpital psychiatrique de Quimper (Finistère). — 28 mai 1931.
- PICARD (Jean), Hôpital psychiatrique de Bonneval (Eure-et-Loir). — 28 novembre 1932.
- PICHARD (Henry), 23, rue Saint-Germain, à Fontenay-sous-Bois (Seine). — 23 janvier 1933.
- PIERSON (André), Villa El-Ouzal, rue Dalou, à Casablanca (Maroc). — 25 octobre 1937.
- POTEL (René), 57, rue du Port, à Lorient (Morbihan). — 29 décembre 1923.
- POTET (M.), Médecin Général Inspecteur, 20, rue de la Liberté, à Alger. — 27 novembre 1933.
- POTTIER (Claude), Hôpital psychiatrique de Clermont-de-l'Oise. — 22 mars 1937.
- PRINCE (Albert), Hôpital psychiatrique de Rouffach (Haut-Rhin). — 25 février 1924.
- PUECH (Pierre), 24, avenue Montaigne, Paris (VIII<sup>e</sup>). — 25 octobre 1937.
- QUERCY (Pierre), Hôpital psychiatrique de Château-Picon, à Bordeaux (Gironde). — 23 décembre 1922.
- REBOUL-LACHAUX (Charles), 8, boulevard Salvator, à Marseille (Bouches-du-Rhône). — 26 novembre 1923.
- RENAUX (Jean), Hôpital psychiatrique de Sainte-Gemmes, près Angers (Maine-et-Loire). — 31 mai 1920.

- MM. ROBIN (Gilbert), 15, quai Voltaire, Paris (VIII<sup>e</sup>). — 27 avril 1925.
- ROGER (Henri), 66, boulevard Notre-Dame, à Marseille (Bouches-du-Rhône). — 25 avril 1932.
- RONDEPIERRE (Jacques), Hôpital psychiatrique de Ville-Evrard, à Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — 23 décembre 1932.
- ROUART (Julien), 6, rue Lauriston, Paris (XVI<sup>e</sup>). — 23 décembre 1935.
- ROYER (Jean), Hôpital psychiatrique de Lesvellec (Morbihan). — 23 décembre 1937.
- RUBENOVITCH (Pierre), 15, rue Saint-Simon, Paris (VII<sup>e</sup>). — 23 décembre 1935.
- SCHAEFFER (Henri), 170, rue de la Pompe, Paris (XVI<sup>e</sup>). — 22 décembre 1930.
- SCHERRER (Pierre), Hôpital psychiatrique de Bailleul (Nord). — 24 janvier 1938.
- SCHIFF (Paul), 14, rue César-Franck, Paris (XV<sup>e</sup>). — 22 décembre 1930.
- SCHÜTZENBERGER (Pierre), 34, avenue du Maréchal-Maunoury, à Blois (Loir-et-Cher). — 18 décembre 1934.
- SIVADON (Paul), Colonie familiale d'Ainay-le-Château (Allier). — 25 novembre 1935.
- SOULAIRAC (André), Hôpital psychiatrique de Maison-Blanche, à Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — 22 décembre 1938.
- TEULIÉ (Guilhem), Hôpital psychiatrique de Vauclaire, par Monpont (Dordogne). — 28 décembre 1936.
- THUILLIER (René), 22, rue Lamarck, à Amiens (Somme). — 24 janvier 1938.
- TOYE (Gabriel-P.), Hôpital psychiatrique de Sainte-Gemmes (Maine-et-Loire). — 28 octobre 1935.
- TRILLOT (Jean), Asile privé du Bon-Sauveur, à Albi (Tarn). — 24 juin 1935.
- TRIVAS (Jean), Hôpital psychiatrique de Niort, 7, rue de Navailles (Deux-Sèvres). — 25 avril 1932.
- TUSQUES (Jean), Hôpital psychiatrique de Saint-Venant (Pas-de-Calais). — 22 juin 1936.
- VERNET (Georges), à Cuxac-d'Aude (Aude). — 28 novembre 1904.
- VIAN (Louis), 49, rue Pastorelli, à Nice (Alpes-Maritimes). — 28 juin 1920.
- VIGNERON D'HEUCQUEVILLE (Gabriel), 85, boulevard de Montmorency, Paris (XVI<sup>e</sup>). — 23 janvier 1933.
- VOIYENEL (Paul), 18, rue de la Dalbade, à Toulouse (Haute-Garonne). — 28 juillet 1913.
- M<sup>me</sup> VOLKRINGER-MARTRILLE (Denise), 20, avenue Paul-Appell, Paris (XIV<sup>e</sup>). — 22 octobre 1934.
- VULLIEN (Robert), 93, rue d'Esquermes, à Lille (Nord). — 26 octobre 1936.
-

## Membres associés étrangers (200)

## Allemagne

- MM. ASCHAFFENBURG (Gustav.), Professeur de psychiatrie à l'Université, 70, Oberlander Hufer, Cologne. — 26 juillet 1937.  
 KRETSCHMER (Ernest), Professeur de psychiatrie à l'Université, 8, Ortenbergstrasse, Marburg-s.-Lahn. — 26 juillet 1937.  
 RÜDIN (Ernst), Professeur, Directeur du Kaiser Wilhelm Institut, 2, Kräpelinstrasse, Munich. — 26 juillet 1937.  
 WAGNER-JAUREGG, Professeur, 18, Mandesgerichtsstrasse, Vienne. — 27 avril 1931.

## Amérique (Etats-Unis d')

- M<sup>me</sup> ALEXANDER (Harriet-C.-B.), 303, Ravine Drive, Highland Park (Illinois). — 25 mars 1912.  
 MM. BLUMER (George-Adler), Superintendent Emeritus, Butler Hospital, 196, Blackstone Blvd, Providence (Rhode Island). — 30 octobre 1899.  
 BRIGGS (L.-Vernon), 64, Beacon Street, Boston (Massachusetts). — 27 novembre 1916.  
 CAMPBELL (C.-Macfie), Director, Boston Psychopathic Hospital, 74, Fenwood Road, Boston (Massachusetts). — 28 mai 1931.  
 FARNELL (Frederick-J.), 577, Angell Street, Providence (Rhode Island). — 30 novembre 1925.  
 GORDON (Alfred), 1812, Spruce Street, Philadelphie (Pennsylvania). — 22 février 1909.  
 GREENE (Ransom-A.), Superintendent, Walter E. Fernald State School, Waverley (Massachusetts). — 28 mai 1931.  
 JELLIFFE (Smith Ely), Managing editor of the *Journal of Nervous and Mental Disease*, 64, West 56<sup>th</sup> Street, New-York City. — 28 mai 1934.  
 LIBER (Amour-F.), Neurological Hospital, Welfare Island, New-York City. — 18 décembre 1934.  
 LOWELL S. SELLING, Director of Psychopathic Clinic, Recorder Court, Detroit (Michigan). — 22 décembre 1938.  
 MAY (James V.), Superintendent, Boston State Hospital, Dorchester Center (Massachusetts). — 27 novembre 1933.  
 MEYER (Adolf), Professeur de Psychiatrie à l'Université Johns Hopkins Hospital, Baltimore, Maryland. — 26 juillet 1937.  
 M<sup>lle</sup> ROBINOVITCH (Louise-G.), Golden (Colorado). — 30 octobre 1899.  
 MM. ROSANOF (Aaron-J.), 2007, Wilshire Blvd., Los-Angeles (California). — 28 mai 1931.  
 THOM (Douglas-A.), 520, Commonwealth Avenue, Boston (Massachusetts). — 28 novembre 1927.

## Argentine (République)

- MM. BELBEY (José), Professeur titulaire de Médecine légale à l'Université de La Plata, Callao 232, Buenos-Aires. — 26 juillet 1937.



- MM. BOSCH (Gonzalo), Professeur à l'Université du Littoral, Directeur de l'Hospicio de Las Mercedes, Buenos-Aires. — 27 février 1933.
- DELFINO (Victor), Buenos-Aires. — 22 mars 1910.
- DIMITRI (Vicente), Professeur de Neurologie à la Faculté de Médecine de Buenos-Aires, Chef du Service de Neurologie de l'Hôpital de Alvear, Snipacha, 819, Buenos-Aires. — 23 avril 1934.
- GORRITI (Fernando), Vice-Directeur de la Colonie Nationale d'Aliénés « D<sup>r</sup> Domingo Cabred », Bulnes, 945, Buenos-Aires. — 23 février 1931.
- KRAPF (Eduardo), Professeur agrégé, Médecin de l'Hospicio de Las Mercedes, Maïpu, 1266, Buenos-Aires. — 26 juillet 1937.
- LÓPEZ (Lucio-Vicente), 419, Tucumán, Buenos-Aires. — 23 février 1931.
- LOUDET (Oswaldo), Professeur adjoint de Clinique psychiatrique et Professeur extraordinaire de Psychologie à l'Université de Buenos-Aires. — 22 juin 1936.
- PINERO (Hector-M.), Secretario de la Sociedad de Neurologia y Psiquiatria, 1686, Tucumán, Buenos-Aires. — 23 février 1931.
- ROJAS (Nerio), Professeur de Médecine légale à l'Université, 736, Rodriguez Peña, Buenos-Aires. — 26 janvier 1932.
- SABARBI (Mario A.), Médecin de l'Hospicio de Las Mercedes, Chef de travaux pratiques de psychiatrie, Tucuman 1650, Buenos-Aires. — 26 juillet 1937.
- VICTORIA (Marcos), Professeur à la Faculté de Médecine de Buenos-Aires. — 23 janvier 1939.

## Belgique

- MM. DE CRAENE (Efn.), Agrégé à l'Université, 48, rue du Lac, Bruxelles. — 30 mai 1929.
- D'HOLLANDER, Professeur à l'Université, 86, rue Vital-Decoster, Louvain. — 25 novembre 1907.
- DU CHATEAU, Inspecteur général, 36, rue Alfred-Giron, Bruxelles. — 26 février 1900.
- FRANCOTTE, Professeur à l'Université, 15, quai de Grande-Bretagne, Liège. — 31 décembre 1894.
- HOEDEMAEKERS (W.), Médecin du Service d'Anthropologie pénitentiaire, 11, avenue Michel-Ange, Bruxelles. — 29 décembre 1921.
- HOVEN, Médecin-directeur de l'Asile d'aliénés de l'Etat, Mons. — 25 novembre 1918.
- LEY (Auguste), Professeur à l'Université, 200, avenue du Prince-d'Orange, Uccle-lès-Bruxelles. — 29 mai 1922.
- LEY (Jacques), Agrégé de l'Enseignement Supérieur, 11, rue de la Luzerne, Bruxelles, 3. — 22 octobre 1934.
- LEROY (Alphonse), Médecin-Chef du Sanatorium Sainte-Agathe, Liège. — 25 avril 1932.
- MEEUS, Médecin en chef de l'Asile de Mortsel, 21, rue des Nerviens, Anvers. — 29 février 1904.
- SANO (Fritz), Médecin-directeur de la Colonie familiale de Gheel. — 30 octobre 1899.
- TITECA (Jean), Agrégé de l'Université, Médecin-Chef du Centre neuro-psychiatrique, 28, Chaussée de Dieleghem, Jette-Bruxelles. — 25 novembre 1935.

- M. VAN BOGAERT (Ludo), Agrégé à l'Université de Bruxelles, 22, rue d'Arenberg, Anvers. — 18 décembre 1934.
- M<sup>me</sup> VANDERVELDE-BEECKMAN, Médecin du Service d'Anthropologie pénitentiaire, Résidence-Palace, rue de la Loi, Bruxelles. — 30 mai 1929.
- MM. VERMEYLEN (G.), Professeur à l'Université, Médecin principal de l'Institut Universitaire de Psychiatrie, 28, rue Saint-Bernard, Bruxelles. — 28 février 1931.
- VERSTRAETEN (Paul), Médecin en Chef de l'Institut Caritas, à Melle, près Gand. — 28 mai 1934.
- VERVAECK (Louis), Directeur général du Service d'Anthropologie pénitentiaire, 35, rue Verhulst, Uccle-lèz-Bruxelles. — 30 mai 1929.
- VERVAECK (Paul), Inspecteur des Asiles et Internats médico-pédagogiques, 35, rue Verhulst, Uccle-lèz-Bruxelles. — 25 novembre 1935.
- VILLERS, Agrégé à l'Université, 31, rue Montoyer, Bruxelles. — 26 février 1900.

## Brésil

- MM. FERRAZ-ALVIM (James), 29, rue Benjamin-Constant, São-Paulo. — 28 octobre 1935.
- OLINTO (Plinio), 890, Copacabana, Rio-de-Janeiro. — 22 juin 1931.
- PACHECO E SILVA (A.-C.), Hôpital de Juquery, São-Paulo. — 22 juin 1931.
- PEIXOTO (Afranio), Professeur de Médecine légale à la Faculté, Rio-de-Janeiro. — 29 février 1904.
- ROCHA (Francô da), Directeur-Médecin de l'Hôpital de Juquery, São-Paulo. — 24 décembre 1906.
- ROXO (Henrique de Brito Belford), Professeur de Clinique psychiatrique à l'Université, Rio-de-Janeiro. — 26 mai 1924.
- SOUZA-LEITE (José), ancien Interne des Asiles de la Seine, Bahia. — 11 novembre 1889.
- VIANNA (Ulysses), Professeur, 106, calle Alvaro-Ramos, Rio-de-Janeiro, — 27 avril 1931.

## Grande-Bretagne

- Sir ARMSTRONG-JONES, Lord Chancellor's Visitor in Lunacy, 9, Bramham Gardens, London, S. W. 5. — 26 janvier 1931.
- M. BOLTON (Joseph Shaw), Professor, West Riding Mental Hospital, Wakefield (England). — 28 novembre 1927.
- Sir BOND (Hubert), Commissioner of the Board of Control, Caxton House West, Tothill Street, Westminster, London S. W. — 30 mai 1926.
- MM. BRUCE (Alexander-Ninian), 8, Ainslie Place, Edinburgh (Scotland). — 28 novembre 1927.
- CHAMBERS (James), The Priory, Roehampton (England). — 25 mai 1912.
- Sir CRICHTON-BROWNE (James), ancien Lord Chancellor's Visitor, 45, Hans Place, London S. W. 1. — 31 octobre 1881.
- MM. GOODALL (Edwin), « Fairlawn », Kingsway, Hove, Sussex (England). — 30 juin 1902.
- GORDON (George), 14, Guessens Court, Welwyn Garden City, Herts (England). — 29 mai 1922.

- MM. JAMES (G. W. B.), Médecin psychiatre du St-Mary's Hospital, 124, Harley Street, London W. 1. — 26 novembre 1934.
- MARR (Hamilton), 10, Succoth Avenue, Edinburgh (Scotland). — 30 mai 1927.
- REES (John R.), Directeur de la Tavistock Clinic, 37, Wimpole Street, London, W. 1. — 26 juillet 1937.
- ROSS (Donald), Argyll and Bute Asylum, Lochgilphead, Argyll Scotland). — 30 mai 1927.
- RUTHERFORD (James), Brislington House, Bristol (England). — 31 octobre 1881.
- SMITH (Percy), ancien Superintendent de l'Hôpital de Bethlem, 42 Albion Street, London, W. 2. — 24 juin 1895.
- WORTH (Reginald), Springfield Mental Hospital, Tooting, London, S. W. 17. — 28 novembre 1927.

## Canada

- MM. CARON (Sylvio), professeur agrégé à l'Université Laval, Médecin de l'Hôpital Saint-Michel-Archange, Mastaï, Québec. — 26 janvier 1932.
- CHAGNON, Médecin de l'Hôtel de Ville, Département de la Santé, Montréal. — 27 mars 1899.
- DESLOGES (A.-H.), Directeur médical général des Hôpitaux d'aliénés, 515, Saint-Gabriel, Montréal. — 30 mars 1931.
- DEVLIN, ancien Surintendant médical de l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu, près Montréal. — 30 mars 1931.
- LARIVIÈRE (Paul), Médecin de l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu, Montréal. — 27 juin 1932.
- LEFEBURE DE BELLEFEUILLE (Gaston), Professeur à l'Université de Montréal, médecin de l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu. — 30 mars 1931.
- MILLER (J.-Ch.), Médecin de l'Ecole La Jemmerais, Mastaï, Québec. — 27 juin 1927.
- NOËL (Omer), Surintendant médical, Hôpital Saint-Jean-de-Dieu, près Montréal. — 30 janvier 1928.
- PROUFFE (Daniel), Surintendant médical, Hôpital de Bordeaux, près Montréal. — 30 janvier 1928.
- ROY (C.-S.), Surintendant médical, Hôpital Saint-Michel-Archange, Mastaï, Québec. — 30 mars 1931.

## Chili

- MM. BECA (Manuel), casa de Crates, Santiago. — 29 mars 1897.
- FONTECILLA (Oscar), Professeur, 330, Sante-Lucia, Santiago. — 28 mai 1931.
- GARAFULIC (Juan), Médecin-Chef de la Section d'Observation de la Maison des mineurs de Santiago de Chili (Bandera 140 F, 5<sup>e</sup> piso). — 26 juillet 1937

## Colombie

- M. MAXIMILIANO RUEDA (G.), Professeur de Psychiatrie à la Faculté, Médecin en Chef de l'Asile d'aliénés, Bogota. — 26 février 1934.

## Cuba

M. VALDES ANCIANO (J.-A.), Professeur à l'Université de La Havane. —  
28 novembre 1910.

## Danemark

MM. CHRISTIANSEN (Viggo), 18, Lille Strandweg, Hellerup, Copenhague. —  
28 juin 1926.

## Egypte

M. HADGES, Le Caire. — 11 novembre 1889.

## Espagne

MM. ALVAREZ Y G. SALAZAR, 2, c. Conde de Xiquerra, Madrid. — 28 mai 1931  
BRAVO Y MORENO (F.), Médecin-légiste, 76, c. Salméron, Barcelone. —  
25 juillet 1910.

GERMAIN-CEBRIAN (José), Chef de la Section de psychiatrie et d'hygiène  
mentale de la Direction générale de Santé, Directeur de l'Institut  
psychotechnique, 7, Espalter, Madrid. — 26 novembre 1934.

GIMENO-RIERA (J.), Médecin-directeur de l'Asile d'aliénés, 2, Paseo de  
Pamplona, Saragosse. — 30 mai 1910.

IRIGOYEN (José-Ciriaco), 369, Avenida 14 de Abril, Barcelone. — 23  
novembre 1909.

RODRIGUEZ-ARIAS (Belarmino), Professeur à la Faculté de Médecine, via  
Augusta, 61, Barcelone. — 26 mars 1923.

VIVES (Salvador), 88, c. Caspe, Barcelone. — 26 juillet 1921.

## Esthonie

M. PUUSEPP (Louis), Professeur à l'Université Karlova, à Tartu. —  
30 mai 1927.

## Grèce

MM. CATSARAS (Michel), Professeur à l'Université, membre de l'Académie de  
Médecine, 1, rue Mavromichali, Athènes. — 25 octobre 1886.

GAROPHALIDÈS (Constantin), 34, avenue de l'Université, Athènes. —  
22 novembre 1937.

KOURÉTAS (Démètre), Chargé de Cours à l'Ecole du Service de Santé  
Militaire, 33, rue Solonos, Athènes. — 27 novembre 1933.

LOVERDO (G. de), Secrétaire général de la Société de neurologie et de  
psychiatrie, 21, rue Sina, Athènes. — 18 décembre 1934.

MITAFIS (Télémaque), Professeur agrégé à l'Université, 68, rue de  
l'Académie, Athènes. — 30 octobre 1889.

TRIANAPHYLLOS (Denis), 1, rue Deligeorgi, Athènes. — 30 mars 1931.

MM. VLAVIANOS (S.), Professeur agrégé à l'Université, 16, rue Zinonos, Athènes. — 25 mai 1912.

VLAVIANOS (Georges-J.), Chef de clinique des maladies nerveuses et mentales à l'Université, 53, rue Patisson, Athènes. — 18 décembre 1934.

YANNIRIS, Médecin de l'Asile de Domocaitis. — 28 mai 1900.

## Haïti

M. MARS (Louis), à Pétionville. — 24 juin 1935.

## Hollande

MM. BELJERMAN (W.), 29, Koningsplein, Delft. — 22 novembre 1937.

BOUMAN (K. H.), Professeur de neuro-psychiatrie, 24, Jan Luykenstraat, Amsterdam. — 26 juillet 1937.

COENEN (L.), 6 Kleine Houtweg, Haarlem. — 26 avril 1937.

MEYERS (Frédéric), Secrétaire de la Société néerlandaise d'Hygiène Mentale, Stadion Kade, 11, Amsterdam. — 26 juillet 1937.

PAMEYER (Jacques-Henri), Inspecteur des Hôpitaux psychiatriques, 23, Bilders Straat, La Haye. — 26 juillet 1937.

VAN DER SCHEER, Professeur à l'Université de Groningen. — 22 février 1932.

## Italie

MM. ALBERTI (Angelo), Directeur de l'Asile d'aliénés de Genova. — 30 décembre 1907.

ANTONINI (Giuseppe), ancien Directeur de l'Asile d'aliénés de Mombello (Milan). — 27 juin 1904.

BACCELLI (Mario), Médecin-chef de l'Asile d'aliénés de Como. — 20 février 1914.

BOSCHI (Gaetano), Directeur de l'Asile d'aliénés de Ferrara. — 29 décembre 1913.

CAPPELLETTI (Luigi), Directeur des Asiles d'aliénés de Venezia. — 28 mai 1906.

CASCILLA (Francesco), Médecin en chef de l'Asile d'aliénés d'Aversa. — 30 mars 1896.

CAZZAMALLI (Ferdinando), privat-docent de psychiatrie, Milan. — 20 février 1911.

DEL GRECO (Francesco), Directeur de l'Asile d'aliénés d'Aquila. — 27 juillet 1903.

DONAGGIO (Arturo), Professeur à la Faculté de Médecine de Bologne. — 28 mai 1931.

D'ORMEA (Antonio), Directeur de l'Asile d'aliénés de Siena. — 29 juin 1908.

FORNACA (Giacinto), Médecin en chef de l'Asile d'aliénés de S. Onofrio, Rome. — 30 novembre 1908.

GUALINO (Lorenzo), Médecin en chef de l'Asile d'aliénés d'Alexandrie. — 29 juin 1914.

LAMBRANZI (Ruggero), Directeur de l'Asile d'aliénés de Vérone. — 13 juillet 1906.

LÉVI-BIANCHINI (Marco), Directeur de l'Asile d'aliénés de Nocera-Inferiore. — 27 mars 1916.



- MM. LUCANGELI (Gian-Luca), 19, via Cola da Rienzo, Rome. — *31 juillet 1911.*  
 MAGGIOTTO (Ferdinando), Directeur de l'Asile d'aliénés de Como. —  
*29 janvier 1912.*  
 MARAGNANI (Luigi), Médecin en chef de l'Asile d'aliénés d'Alexandrie. —  
*27 juillet 1914.*  
 MEDEA (Eugenio), Chargé de cours à l'Université de Milan. — *28 juillet*  
*1902.*  
 MUGGIA (Giuseppe), Directeur de l'Asile d'aliénés de Sondrio. —  
*25 novembre 1907.*  
 PADOVANI (Emilio), Directeur de l'Asile d'aliénés de Rovigo. —  
*20 février 1914.*  
 RIVA (Gaetano), ancien Directeur de l'Asile d'aliénés d'Ancône. —  
*27 mars 1882.*  
 RUATA (Guido), Directeur de l'Asile d'aliénés de Novara. — *24 juin 1912.*  
 SALERNI (Aleardo), Vice-directeur de l'Asile de Vérone. — *27 mars 1911.*  
 SANGUINETI (L. R.), Expert psychiatre près la Cour d'Appel de Gênes,  
 2, via Serbelloni, Milan. — *28 mai 1934.*  
 SAPORITO (Filippo), Directeur du Manicome judiciaire d'Aversa. —  
*19 décembre 1904.*  
 SEPPILLI (Giuseppe), Directeur de l'Asile d'aliénés de Brescia. —  
*27 mars 1882.*  
 TAMBRONI (Ruggero), ancien Directeur de l'Asile d'aliénés de Ferrara. —  
*28 avril 1902.*  
 TAMBURINI (Arrigo), Médecin en chef de l'Asile d'aliénés d'Ancône. —  
*17 mai 1916.*

#### Grand-Duché de Luxembourg

- MM. HANSEN (A.), Médecin-Directeur de la Maison de Santé d'Ettelbrück.  
 — *28 novembre 1938.*  
 STUMPER (Ernest), Médecin-Chef à la Maison de Santé d'Ettelbrück. —  
*26 juillet 1937.*

#### Mexique

- MM. MILLAN (Alfonso), Professeur de Médecine sociale à la Faculté de Médecine de Mexico, Membre de l'Académie de Médecine de Mexico, Reforma 9, à Mexico. — *26 juillet 1937.*  
 RAMIREZ MORENO (Samuel), Professeur à l'Université, 39, Calle de Génova, Mexico. — *26 juillet 1937.*

#### Norvège

- MM. EVENSEN (Hans), Médecin-directeur de l'Asile de Gaustad, près Oslo. —  
*29 avril 1907.*  
 TIDEMAND-JOHANESSEN, Oslo. — *25 avril 1921.*

#### Pérou

- M. TRELLES (Jules-Oscar), Professeur agrégé à la Faculté de Médecine, Apartado, 2.184, Lima. — *25 mars 1935.*

## Pologne

- MM. BALEY (Stepan), Professeur à l'Université, Nowy Zjazd 5, Varsovie. — 26 juillet 1937.  
 DRETLE (Juljan), Panst-Zaklad, Cracovie. — 28 février 1938.  
 ORZECZOWSKI (Casimir), Professeur à l'Université, 6, place Napoléon, Varsovie. — 22 juin 1931.  
 SCHMIERGELD, 27, rue Srodmiejska, Lodz. — 29 juin 1908.

## Portugal

- MM. BAHIA JUNIOR, Hospital do Conde de Ferreira, Porto. — 30 mars 1931.  
 BETTENCOURT (Rodriguès), 3, rua da Imprensa, Lisbonne. — 25 juillet 1887.  
 BROCHADO (Alberto), Hospital do Conde de Ferreira, rue de Costa Cabral, 1218, à Porto. — 24 février 1936.  
 DA SILVA ALVES FURTADO (Diogo Guillaume), Médecin des Hôpitaux de Lisbonne, Médecin-Chef du Service de Psychiatrie de l'Armée, Avenida de Libertade, 85, Lisbonne. — 26 juillet 1937.  
 MARTINS (Lopès), Professeur, à l'Université, Porto. — 29 juillet 1908.  
 MIRANDA (Henrique de), 44, rue du Général-Galliéni Viroflay (Seine-et-Oise). — 26 juillet 1937.  
 MOURA (Elysio de), Professeur de neurologie et de psychiatrie à l'Université de Coimbra. — 26 novembre 1934.  
 PIRES DE LIMA (Augusto), Directeur des Services de neurologie et de psychiatrie à l'Hôpital Matozinhos, 588, rue Heroïs de Chaves, Porto. — 23 novembre 1936.  
 SOBRAL (Cid), Professeur de Psychiatrie à la Faculté de Médecine de Lisbonne, Directeur du Manicomio Bombarda, Lisbonne. — 26 juillet 1937.

## Roumanie

- MM. CAHANE MARES, Médecin-Chef de l'Hôpital des Maladies mentales et nerveuses, Diciosanmartin (Transylvanie). — 22 octobre 1934.  
 CANTACUZÈNE (Jean), 12, rue Vasile-Parvan, Bucarest. — 26 octobre 1936.  
 DIMOLESCU (Alfred), Médecin de l'Hôpital Central des Maladies mentales et nerveuses, Bucarest, 28, rue Gogu, Cantacuzino. — 23 mai 1932.  
 MARINESCO (G.), Professeur de Neurologie à l'Université, 29, Salcutor, Bucarest. — 26 juillet 1937.  
 PADEANO, Assistant à la Clinique psychiatrique de Bucarest, 22, Str. Washington. — 23 mai 1932.  
 PARHON (C.-I.), Professeur à la Faculté de Médecine, 3, rue Lutérane, Bucarest. — 26 janvier 1931.  
 PAULIAN (Démètre-Em.), Médecin-chef à l'Hôpital Central des maladies mentales et nerveuses, conférencier à la Faculté de Médecine, 31, Str. Armenească, Bucarest. — 26 janvier 1931.  
 STĂNESCO (Jean), Médecin de l'Hôpital pour Maladies mentales et nerveuses de Sibiu, 39, Str. Braduliu, Bucarest. — 24 octobre 1932.  
 URECHIA (C. I.), Professeur à l'Université, 1, rue Pasteur, Cluj. — 30 mars 1931.

## Suède

MM. KINBERG (Olof), Professeur, Saltsjöbaden. — 28 mai 1931.

WIGERT (Victor), Professeur de Psychiatrie à l'Université, Stockholm. — 26 juillet 1937.

## Suisse

MM. BERSOT (Henri), Clinique Bellevue, Le Landeron Neuchâtel. — 27 décembre 1926.

BOVEN (William), Professeur de Psychiatrie et de Caractérologie à l'Université, 2, avenue de la Gare, Lausanne. — 31 octobre 1927.

FLOURNOY (Henri), privat-docent à l'Université, 6, rue Monnetier, Genève. — 27 novembre 1922.

FOREL (O.-L.), privat-docent à l'Université de Genève, Médecin-chef des Cliniques de Prangins, à Nyon. — 23 novembre 1930.

LADAME (Charles), Professeur de Clinique des maladies mentales à l'Université, Directeur de l'Asile Clinique psychiatrique de Bel-Air, Genève. — 26 février 1912.

MAIER (Hans W.), Professeur à l'Université, Directeur du Burghölzli, Zurich. — 26 juillet 1937.

MARTIN (Joannès), Professeur honoraire de médecine mentale à l'Université Veyrier, Genève. — 26 février 1895.

MINKOWSKI (M.), Professeur de Neurologie à l'Université, Freiestrasse 55, Zurich. — 28 janvier 1935.

MOREL (Ferdinand), Privat-docent à l'Université de Genève, Médecin-adjoint à la Clinique psychiatrique de Bel-Air. — 18 décembre 1934.

DE MORSIER (G.), 2, rue de l'Hôtel-de-Ville, Genève. — 22 novembre 1937.

NAVILLE (F.), Professeur de Médecine légale à l'Université, 8, rue Saint-Léger, Genève. — 30 juin 1930.

REPOND (André), Directeur de la Maison de Santé de Malévoz, Monthey, Valais. — 28 novembre 1927.

SAUSSURE (Raymond de), Privat-docent à l'Université, 2, Tertasse, Genève. — 25 mars 1929.

STECK (Hans-Theodor), Professeur de Clinique psychiatrique à l'Université, Directeur de l'Asile de Cery-sur-Lausanne. — 25 février 1935.

WEBER (R.), Professeur honoraire de l'Université, villa Sismondi, Chêne, Genève. — 23 février 1931.

## Tchécoslovaquie

MM. HASKOVEC (Ladislav), Professeur à l'Université Tchécoslovaque, 3, Mezi-branská, Prague. — 27 mars 1905.

SEBEK (Jean), professeur agrégé de neuro-pathologie à l'Université Tchécoslovaque, 1, U. Karlova, Prague II. — 23 décembre 1932.

STUCKLIK (Jaroslav), Médecin-directeur de l'Asile d'Etat d'aliénés de Kosice. — 31 octobre 1921.

## Turquie

MM. CONOS (B.), Médecin en chef du Service des maladies nerveuses et mentales aux Hôpitaux grecs de Baloukli, place du Tunnel, Péra. — 26 janvier 1931.

FAHREDDIN KERIM GÖKAY, professeur à l'Université d'Istanbul, Ankara Caddesi, 15. — 22 décembre 1938.

MAZHAR (Osman), Directeur-médecin en chef de l'Asile des aliénés d'Istanbul. — 28 mai 1931.

ZIMALAKIS, Médecin-chef des Hôpitaux grecs de Constantinople. — 28 avril 1913.

## U. R. S. S.

MM. CHOROSCHKO, Professeur à la Clinique neurologique de Moscou. — 30 mai 1927.

JOUCHTCHENKO (A.-J.), Professeur à l'Université de Kharkow. — 28 juillet 1913.

TRETIAKOFF, de Moscou, Hospice de Juquery (Brésil). — 25 octobre 1916.

## Uruguay

MM. ETCHEPARE (Bernardo), ancien Professeur de Clinique des maladies mentales à l'Université de Montevideo. — 24 mai 1909.

SICCO (Antonio), Hospital Vilardebo, Montevideo. — 30 mars 1931.

---

Séance du Jeudi 12 Janvier 1939

---

Présidence : M. LAIGNEL-LAVASTINE, président

---

### PRÉSENTATIONS

Une guérisseuse mystique, par MM. LAIGNEL-LAVASTINE  
et E. MARTIMOR (présentation de la malade).

Les délires mystiques avec croyance à un don de guérisseur ne sont pas exceptionnels. Dès 1911, Dupain présentait à la Société Clinique de Médecine mentale « Une mystique thérapeute », qui possédait le don de guérir par la méditation et la prière, et offrait ses soins aux passants. Mais, dans ce cas, comme dans d'autres du même genre que l'on peut trouver relatés, il n'y avait pas eu exploitation fructueuse du délire. La malade, que nous présentons, a pu, au contraire, vivre confortablement pendant plusieurs années de son prétendu don de guérisseuse avec cette particularité qu'elle a été guidée et aidée en cela par un médecin.

Mme D..., âgée actuellement de 41 ans, a commencé à avoir conscience de ses capacités curatrices vers l'âge de 23 ans. A cette époque, elle fait la connaissance du Dr X..., ancien interne des asiles de la Seine à qui elle confie les beaux résultats qu'elle obtient en traitant par des effleurages les douleurs rhumatismales, dont souffre sa grand'mère. Le Dr X... — peut-être en manière de plaisanterie — lui conseille de cultiver ce don et de l'exploiter pour la guérison d'autres malades. Mme D... adopte avec enthousiasme cette suggestion, mais, avant de se lancer dans la thérapeutique, veut connaître à fond la structure et le fonctionnement des organes qu'elle aura à traiter. Pour cela elle achète des livres d'anatomie et de physiologie et se lance passionnément dans les études médicales pour lesquelles elle se découvre d'extraordinaires facultés d'assimilation. En vain son conseiller technique lui reproche-t-il de gâcher, par des connaissances livresques, la spontanéité d'un don naturel ; elle persiste dans



son activité autodidacte et ce n'est qu'après plusieurs années d'études qu'elle commence à traiter des malades. Elle s'intitule alors « assistante neurologue » et collabore avec le D<sup>r</sup> X... Ce dernier lui envoie, dit-elle, « ses malades incurables » avec une feuille d'ordonnance portant des indications vagues. La plus habituelle conseille un « traitement neuro-vertébral ». Il s'agit dans ce cas d'attouchements sur les muscles des gouttières vertébrales, qui « agissent sur la chaîne du grand sympathique », provoquent « une large respiration et quelque chose dans le plexus solaire ». Notre thérapeute emploie aussi la « respiration hindoue », qui consiste en une large inspiration suivie d'une expiration assez lente pour ne pas éteindre la flamme d'une bougie. Les attouchements ont également pour but de détecter les lésions, car lorsque la main arrive au niveau du mal elle est parcourue par une sorte de fluide, qui se manifeste par des courbatures remontant jusqu'au coude. Ces traitements procurent à Mme D... de grandes satisfactions professionnelles, étant presque toujours couronnés de succès. Ils lui procurent aussi des honoraires intéressants (50 francs par séance), rognés, il est vrai, par une fâcheuse dichotomie, dont elle se plaint encore amèrement. Elle a toujours tenu cependant, dit-elle, à ne recevoir que des clients envoyés par des médecins (le D<sup>r</sup> X... et quelques-uns de ses confrères), car on lui a signalé les inconvénients d'une activité autonome tombant sous le coup de la loi.

En février 1937, le fils de Mme D..., âgé de 16 ans, succombe au cours d'une anesthésie générale motivée par une intervention sur une plaie accidentelle du poignet. La mère paraît avoir été douloureusement affectée par cette mort dramatique, mais elle pense cependant à faire photographier le cadavre de son fils en vue de revendications ultérieures contre le chirurgien. Peu de temps après, elle remarque que son don de guérisseuse se développe, qu'elle obtient des cures particulièrement remarquables, notamment celle d'un paraplégique impotent depuis plusieurs années. C'est sans doute à l'influence de son fils qu'elle doit ce surcroît de puissance curatrice, croyance que viennent fortifier des apparitions du défunt sous la forme d'un ange qui plane devant elle, lorsqu'elle se livre à la prière et la méditation. Elle entre aussi en communication avec l'âme du jeune homme. Cela débute par une sensation d'« angoisse heureuse » dans la poitrine et bientôt les transmissions de pensée deviennent assez précises pour que la voyante puisse écrire sous la dictée de son fils. Elle consigne alors en de volumineux cahiers ces révélations surnaturelles écrites dans le style habituel des médiums avec de nombreuses inversions, une syntaxe particulière et des expressions grandiloquentes. Parfois ces entretiens ont pour sujet de confuses élucubrations philosophiques, mais, le plus souvent, ce sont des indications d'ordre pratique sur les méthodes à employer pour traiter les malades et aussi pour obtenir d'eux une légitime rémunération.

Entre temps les clients continuent à affluer dans le cabinet de la

guérisseuse, qui a pu s'installer confortablement et prendre à son service une femme de chambre. Bientôt, considérant la faveur divine dont elle est l'objet (car son fils n'a pu lui apparaître qu'avec la permission de Dieu, et, d'ailleurs, Dieu lui-même lui est apparu parfois ainsi que la Vierge) elle en vient à attacher de moins en moins d'importance aux pratiques manuelles de spondylothérapie ou de psychométrie. Elle est capable de guérir ses malades sans les toucher, sans même les voir : elle les traitera à distance par des « soins Christiques ». Son conseiller médical n'adopte pas cette nouvelle conception thérapeutique : il faut que les soins conservent une allure médicale, sinon les médecins ne peuvent plus décemment envoyer des clients. Mais emportée par son ardeur mystique, la guérisseuse ne tient pas compte de ces sages conseils et c'est ce qui causera sa perte. Les médecins, dit-elle, se sont ligués contre elle ainsi que certaines personnalités ecclésiastiques choquées de ses allures de thaumaturge opérant parfois dans une église. Inculpée d'exercice illégal de la médecine, elle est convoquée dans le cabinet du juge d'instruction, soumise à une expertise du D<sup>r</sup> Piédelièvre, confrontée avec d'anciens clients. Finalement, le délit n'ayant pu être établi d'une façon certaine, l'affaire se termine par un non-lieu. Par la suite, Mme D... continue à traiter des malades, surtout par des « soins à distance » ; elle se découvre même des dons de prophétie et de direction spirituelle ; on la consulte pour arranger des affaires sentimentales, pour ramener la paix dans les ménages désunis. Dans la volumineuse correspondance, qu'elle reçoit, on trouve la lettre d'une femme auteur sollicitant un conseil sur le choix d'un sujet susceptible d'obtenir un prix de l'Académie Française ; une autre cliente, marchande de cacahuètes, demande simplement dans quel quartier il est préférable qu'elle établisse son commerce. Mais si Mme D... excelle à arranger les affaires d'autrui, elle éprouve par contre, en ce qui la concerne, quelques déboires — expulsion de son logement, procès avec son propriétaire — et manifeste des tendances revendicatrices aggravées par une exaltation passionnelle croissante. Admise à la Pitié en décembre 1937, elle ne tarde pas à être internée à l'Asile Clinique en raison de ses réactions bruyantes et se voit enfin, en mai 1938, transférée à Maison-Blanche, où elle se trouve actuellement.

Depuis son entrée, elle a toujours fait preuve d'une grande exaltation, se montrant hautaine et méprisante vis-à-vis du personnel et des autres malades. Elle parle souvent spontanément de ses facultés curatrices et des persécutions dont elle a été l'objet de la part d'un entourage envieux ou incompréhensif, mais lorsqu'on l'interroge à ce sujet, elle se montre extrêmement méfiante et réticente. Il faut de longs travaux d'approche pour arriver à la mettre en confiance.

Telle est l'histoire de Mme D... Elle apparaît nettement comme celle d'une paranoïaque. Prétentieuse, autodidacte, bovaryste, dès l'adolescence, la malade a évolué plus tard vers un

mysticisme passionné aggravé de quelques troubles psychosensoriels et s'est réfugiée finalement dans la méfiance et la réticence. C'est là une évolution assez banale. Aussi n'aurions-nous pas songé à la relater, si le cas n'avait présenté certaines particularités dignes d'intérêt au point de vue social et médico-légal.

Nous ne nous attarderons pas à décrire les réactions interpsychologiques du milieu, côté clientèle. Cet assemblage de pithiatiques, de passionnés, de mystiques et de déséquilibrés de toute sorte constitue la figuration bien connue des affaires d'exercice illégal de la médecine. Par contre, le rôle du médecin, qui a été l'animateur et le conseiller technique de notre guérisseuse, est au moins curieux et méritait d'être signalé.

Notre cas présente également un intérêt médico-légal, car il souligne une particularité peu connue de la psychologie de certains paranoïaques qui risquerait de les faire passer pour des simulateurs : nous voulons parler du caractère utilitaire de leur délire. Non seulement notre malade a cherché à exploiter ses convictions morbides, mais elle y a brillamment réussi pendant plusieurs années. Si elle a échoué finalement dans un hôpital psychiatrique, c'est parce que ses revendications sont devenues trop bruyantes. Une exploitation, également délirante, mais plus discrète de la crédulité du public, aurait pu passer pour simple supercherie.

M. DUPAIN. — J'ai publié, en 1910, l'observation d'une mystique qui prétendait guérir autrui, mais qui, à l'encontre de celle-ci, qui exploite à son profit la crédulité publique, était entièrement désintéressée. Elle menait une vie ascétique et misérable, s'installant au chevet des malades, sans leur demander aucune rémunération, se livrant à des prières et à des attouchements par quoi la guérison était obtenue. Elle vivait d'aumônes et de privations, et malgré son délire, était tout à fait inoffensive. Elle était comparable aux adeptes de la Christian Science, alors très en vogue en Amérique.

M. DELMOND. — Le charlatanisme, auquel de telles malades servent d'auxiliaires, est combattu en Amérique. C'est ainsi que le service de presse, en matière de réclame, leur est interdit. Par ailleurs, cette relation entre les idées mystiques délirantes et la foi en leur puissance thérapeutique est une preuve du bien-fondé de la doctrine exposée par MM. Georges Dumas et Lévy-Valensi, qui rapproche la mentalité primitive et la mentalité paranoïde.

M. CARRETTE. — Les adeptes de la Christian Science existent toujours. Il y a 2 ans, à Paris, j'ai vu le père d'une psychopathe américaine amener lui-même auprès de sa fille, dans la maison de santé où il l'avait placée, des guérisseuses mystiques chargées de la traiter.

M. MARTIMOR. — Notre malade n'a absolument rien de la paranoïde. C'est une paranoïaque à intelligence très vive et à logique très aiguisée.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Tout le monde a pu se rendre compte, par la dialectique alerte et habile avec laquelle cette femme nous a exposé son cas, qu'elle n'a pas d'affaiblissement intellectuel.

Pour ce qui est de la décision à prendre concernant sa mise en liberté qu'elle réclame avec tant d'insistance, il s'agit de savoir si l'intimidation produite par l'internement sera suffisante pour l'empêcher de se livrer aux manœuvres thérapeutiques, tout en conservant le même délire.

C'est possible. Le Dr Tzanck était bien arrivé à l'occuper d'une façon utile. Il se peut qu'après l'apaisement du chagrin causé par la mort de son fils, elle se tienne tranquille.

M. MARTIMOR. — Après avoir rédigé l'observation de la malade que vous venez de voir, j'ai retrouvé un rapport médico-légal concernant une autre guérisseuse que j'avais été chargé d'examiner en 1934, au cours de poursuites pour exercice illégal de la médecine et homicide involontaire (un de ses clients était mort au cours du traitement). L'inculpée présentait également des idées délirantes mystiques, s'attribuait un « don de naissance » dont elle avait pris conscience dès l'âge de 18 ans. Elle opérait surtout au moyen de « touches », c'est-à-dire de mouvements compliqués des mains au niveau de l'organe malade, mouvements qui lui étaient suggérés par une inspiration divine. Malheureusement, elle fabriquait aussi des tisanes dont certaines n'étaient pas sans danger. Cette malade n'était pas une paranoïaque comme dans le cas précédent : elle se présentait comme une débile hypomaniaque, mais avait fait, plusieurs années auparavant, deux accès de mélancolie.

Bien qu'assez différentes, les deux malades méritent d'être rapprochées, car elles soulèvent des problèmes médico-légaux analogues.

**Disparition d'un syndrome dépressif d'involution après une asphyxie et des brûlures, par MM. P. COURBON et J. PERRIN.**

La femme, aujourd'hui guérie, que nous présentons, est intéressante à un double point de vue : étiologiquement, au point de vue des rapports possibles entre l'évolution de son état mental d'abord mélancolico-hypochondriaque, puis confusionnel, puis normal, et la survenue de deux grosses intoxications par le gaz d'éclairage et par des brûlures profondes ; médico-légalement, au point de vue de l'origine accidentelle ou volontaire de son asphyxie.

Agée de 51 ans, Mme L. entre dans le service le 9 décembre 1938, sur les conseils du D<sup>r</sup> G. qui la soigne habituellement. Celui-ci, appelé à son domicile le 1<sup>er</sup> décembre, la trouve alitée, immobile, muette, indifférente à l'ambiance, proférant spontanément quelques plaintes aiguës. Elle répond mal aux questions, se montre désorientée dans le temps et l'espace, confuse, hallucinée, et veut brusquement partir prendre le train. Elle se plaint de céphalées violentes, et accepte difficilement de s'alimenter. D'après les dires de l'entourage, elle aurait présenté, 6 ou 7 ans auparavant, des troubles de dépression mentale assez accusés. Les troubles actuels remonteraient à trois mois environ et auraient été en s'accroissant. La malade aurait fait, le 2 novembre 1938, une tentative de suicide par le gaz d'éclairage qui exigea trois heures de respiration artificielle et au cours de laquelle Mme L. fut brûlée par l'application de bouillottes chaudes, ce qui entraîna une hospitalisation de trois semaines à Bichat.

A son arrivée à Sainte-Anne, le 8 décembre, le D<sup>r</sup> X. Abély fait le certificat suivant : Est atteinte d'un état d'excitation psychique avec turbulence, loquacité, récriminations, insomnie, reliquats d'un état confusionnel onirique récent à la suite d'une tentative de suicide par le gaz, dysmnésie des faits récents, fausses reconnaissances, orientation un peu défectueuse, début dépressif, avec inhibition psychique, tristesse, idées de suicide suivies d'exécution, état dépressif antérieur, léger tremblement digital, foie un peu gros ; appoint éthylique possible, brûlures étendues des membres inférieurs. A maintenir.

Le lendemain, elle passe dans notre service où nous l'examinons. Elle se montre parfaitement orientée, nous énonce la date exacte du jour et dit se trouver dans une maison de santé pour les gens malades de la tête. Elle nous renseigne avec précision sur son état civil. Questionnée sur les raisons de son hospitalisation, elle nous explique qu'elle est fatiguée, qu'elle souffre de vertiges, d'éblouissements et de



migraines. Elle nous indique que tous ces troubles sont apparus six mois auparavant environ, en même temps que la ménopause à laquelle elle les attribue. Elle a d'ailleurs suivi chez elle un traitement ovarien. Elle dit avoir mené jusqu'à présent une vie normale et heureuse dans la compagnie de son mari et de son fils dont elle n'a qu'à se louer. Elle vit en bons rapports avec ses voisins qu'elle connaît d'ailleurs peu et qu'elle ne fréquente pas. Dans ses antécédents personnels et héréditaires, on ne relève rien d'anormal.

À l'examen physique, on note l'existence, à la face antéro-interne des cuisses, de larges brûlures, de l'étendue de plusieurs paumes de main, nécrosées et suppurantes. Elle nous en explique l'origine en ces termes : « Cela m'est arrivé il y a un mois et demi et l'on m'a soignée à Bichat et chez mes enfants où je suis allée ensuite. Je faisais bouillir de l'eau sur le gaz et en attendant, je m'étais assise à côté pour me chauffer. Ensuite, me suis-je endormie ou ai-je eu un vertige comme j'en ai souvent ? toujours est-il que l'eau en bouillant a débordé et éteint le gaz qui s'est ainsi répandu sans brûler. Heureusement, mon mari est arrivé à temps et c'est en me ranimant qu'il m'a brûlée avec des bouillottes chaudes. La malade nous donne toutes ces explications volontiers et se montre optimiste.

Les renseignements que nous fournit le mari sont plus complets et permettent de mieux comprendre l'état mental de cette malade. En 1931 elle eut des idées noires à la suite de discussions avec de mauvais voisins et de la mort de son père. Elle passait alors ses journées dans l'obscurité, négligeait son intérieur, se plaignant d'être sans forces et de ne pouvoir penser ni agir. Avec le retour de sa santé, quelque temps plus tard, tous ces troubles disparurent complètement. Elle resta ensuite parfaitement bien portante jusqu'à sa ménopause, origine de l'accès actuel. Il y a six mois, elle se plaignit de céphalées très violentes, de bouffées de chaleur et d'insomnie. Elle suivit alors un traitement opothérapique qui amena une amélioration passagère. Une suite d'ennuis successifs (maladie de son mari, mobilisation de son fils en septembre dernier) aggrava son état. Elle devint triste et irritable sans que son affectivité familiale se trouvât modifiée. Elle était toujours très inquiète de son état de santé et de celui de son mari. Elle perdit l'appétit et en même temps le goût de faire la cuisine. Rapidement, elle cessa tout travail, prétextant de la grande fatigue qu'elle ressentait. Aussi, lors de son intoxication, pensa-t-on d'emblée à un suicide. Conduite à l'hôpital Bichat, son comportement y fut toujours normal, si bien que trois semaines plus tard elle rentrait convalescente dans sa famille. Mais, au bout de quelques jours, la malade recommença à se plaindre de sa santé, disant souffrir de maux de tête, « de chaleurs dans tout le corps ». Puis, elle devint incohérente avec néanmoins des périodes lucides où elle répondait correctement aux questions. Les jours qui précédèrent son admission, elle restait sans parler et sans même demander d'aliments. C'est alors que sa famille se décida à l'amener à Ste-Anne.

Dans le service elle continua à se montrer parfaitement lucide et optimiste, sans se plaindre de sa santé, si bien que le 7 janvier 1939 elle sortait complètement guérie, ses brûlures s'étant cicatrisées entre temps. Les examens de sang et d'urine pratiqués pendant son séjour à l'hôpital étaient normaux ; sa température ne dépassa jamais 38°.

Il s'agit donc d'une femme de 51 ans, ayant, à 40 ans, présenté un accès mélancolique de 3 mois, et qui, depuis sa ménopause, remontant à plusieurs mois, souffrait de malaises divers, à allure de plus en plus hypochondriaque et à thèmes de plus en plus mélancoliques. Les menaces de guerre du mois de septembre auraient, d'après la famille, exagéré cette mélancolie qui leur survécut.

Le soir du 2 novembre, son mari la trouva s'asphyxiant près du fourneau à gaz dont le robinet était ouvert. Elle gisait à côté d'une flaque d'eau apparemment tombée d'une casserole, encore à demi pleine, posée sur ce fourneau. Au cours des manœuvres de respiration artificielle et de réchauffement, on lui fit de larges brûlures du 3° degré sur les cuisses. Elle ne revint à elle que le lendemain, à l'hôpital, où on la garda 3 semaines pour panser ses blessures, sans qu'elle parût mentalement atteinte, car elle se félicitait d'être rescapée de cette asphyxie qu'elle déclarait accidentelle, expliquant que l'ébullition, en faisant déborder le vase, avait éteint la flamme.

Reprise par son fils le 25 novembre, elle ne tardait pas à devenir incohérente dans ses propos, désorientée dans le temps et dans l'espace, anxieuse, fugueuse. Tant et si bien qu'on l'interna le 8 décembre. Mais dès le lendemain, jour de son arrivée dans notre service, la lucidité et la critique de l'état pathologique, la mémoire et toutes les facultés avaient reparu, et le 7 janvier, elle partait guérie chez son mari.

En résumé, on a assisté à l'évolution mentale suivante. Une dépression mélancolico-hypochondriaque datant de très nombreux mois chez une involuée présénile qui, après un commencement d'asphyxie et de profondes brûlures, cède la place à une confusion mentale, puis disparaît.

*Etiologiquement*, il est intéressant de considérer les facteurs qui conditionnent cette évolution.

a) La dépression mélancolico-hypochondriaque paraît avoir été en rapport avec la ménopause. Elle data de la suppression des règles. Elle s'accompagna de bouffées de chaleur et de troubles circulatoires. Elle aurait été améliorée par la thérapeutique endocrinienne.

Les soucis créés par la tension politique internationale en automne dernier semblent avoir eu un effet aggravant.

Mais, d'autre part, bien avant la ménopause, un accès analogue, qui ne dura que trois mois, arrêta la malade. Cet accès, d'après les dires de l'entourage, aurait eu pour cause des ennuis réels, imputables à de mauvais voisins. Rien ne nous autorise à admettre ou à infirmer pareille étiologie. Nous n'avons pas de renseignements assez précis sur ce point, et nous ignorons tout du tableau clinique de cette époque.

D'après la conception de l'un de nous (1), les psychoses intermittentes, dont il est impossible d'identifier les conditions occasionnelles, ressortissent à la psychose maniaque dépressive et sont constituées exclusivement par des phénomènes d'excitation et d'inhibition ; au contraire, les psychoses intermittentes dont les conditions occasionnelles sont évidentes ressortissent au déséquilibre mental et sont constituées par le polymorphisme des réactions.

Il faudrait être plus documenté que nous ne le sommes sur le passé de cette malade pour savoir à laquelle de ces deux espèces de psychoses intermittentes il faut rattacher ces accès.

b) la confusion mentale paraît être en rapport incontestable avec l'une ou l'autre des intoxications qui la précédèrent, peut-être avec les deux.

L'intoxication par le gaz d'éclairage, mélange de corps dont la plupart sont extrêmement toxiques (oxyde de carbone 15 0/0 ; méthane 35 0/0 ; hydrogène 50 0/0 ; benzène) produit fréquemment des confusions mentales. Mais celles-ci sont immédiates et d'un pronostic extrêmement sévère, comme il l'a été affirmé ici même en 1937 à la suite d'une communication de M. Heuyer. Ce ne fut pas le cas de la confusion mentale retardée et fugace de notre malade. L'intoxication par les brûlures expliquerait peut-être mieux ce retard et cette fugacité.

c) La guérison de la confusion mentale par cessation de l'intoxication qui la produisit n'a rien d'étonnant. Ce qui, au contraire, est surprenant, c'est la guérison de l'état mélancolico-hypocondriaque qui préexistait depuis des années à cette intoxication.

Et l'on est amené à se demander s'il n'y a là qu'une coïncidence, ou s'il faut établir un rapport de cause à effet entre, d'une part, les perturbations biologiques déterminées par l'asphyxie

(1) COURBON et TUSQUES. — Maladies du rythme et de l'équilibre. *Annales Médico-psychologiques*, 1932, tome I, p. 51.

et les brûlures, et, d'autre part, la disparition de l'état mélancolico-hypocondriaque. Dans l'affirmative, le bouleversement toxique aurait eu un effet thérapeutique analogue à celui du coma insulinaire par lequel on fait disparaître certains troubles mentaux chroniques. Pour répondre avec quelque vraisemblance à cette hypothèse, il nous aurait fallu procéder à des recherches biologiques qu'il ne nous a pas paru opportun de faire chez cette malade dont l'état mental était déjà normal, lorsqu'elle vint chez nous.

*Médico-légalement*, il serait intéressant de pouvoir dire si l'asphyxie par le gaz d'éclairage fut accidentelle, comme le prétend l'héroïne, ou volontaire ? S'il s'agit ou non d'une tentative de suicide ? La casserole trouvée à demi pleine sur le fourneau et la flaque d'eau qui tachait le sol en-dessous, ne contredisent pas la version de la rescapée qui prétend que l'ébullition éteignit la flamme près de laquelle elle se chauffait. Mais elles ne la confirment pas, car il peut s'agir d'une habile mise en scène.

Là encore, il faudrait des renseignements que nous n'avons pas pu obtenir. Dans tous les cas, s'il y a eu tentative réelle de suicide, ce suicide ne saurait être rangé parmi les suicides non pathologiques étudiés par l'un de nous (1). La tristesse, lentement progressive de la malade, son dégoût de la vie maintes fois exprimé, n'autoriseraient pas à voir dans cet acte autre chose qu'une réaction mélancolique morbide.

On le voit, nous ne faisons que soulever des questions, sans prétendre en résoudre aucune.

### **Paralysie générale traumatique ou commotion cérébrale chez un syphilitique, par MM. Xavier ABELY, BOUVET et CARRÈRE.**

Le malade que nous vous présentons est âgé de 39 ans. Il était jusque-là parfaitement sain d'esprit et avait travaillé régulièrement.

Le 4 décembre dernier il a été surpris dans la rue par un camion qui l'a renversé. Il a subi un traumatisme crânien important ; le choc a eu lieu sur la région temporale gauche. Les plaies étaient superficielles, mais la gravité de la commotion ne saurait faire de doute.

Le malade a perdu connaissance et est resté dans un coma complet pendant plusieurs jours. Puis est apparue une période de confusion avec turbulence, onirisme varié, vagues idées de persécution et

(1) *Annales Médico-psychologiques*, 1934, II, p. 384.

de satisfaction, inquiétude alternant avec un certain degré d'euphorie.

Les phénomènes paraissaient s'amender lorsque le malade est entré dans notre service, le 18 décembre dernier, c'est-à-dire une quinzaine de jours après l'accident. Nous avons constaté un état confusionnel simple ayant l'apparence d'un état postcommotionnel ; amnésie lacunaire totale de l'accident et de la période grave, amnésie de fixation très marquée, conservation des souvenirs anciens avec difficulté d'évocation, bradypsychie, diminution de l'attention. A ces signes il faut ajouter une certaine inconscience de la situation, un défaut de préoccupation de l'avenir, une légère jovialité ; le malade répondait correctement aux questions, lisait facilement.

Mais, alors qu'on pouvait espérer une atténuation lente mais progressive de ces troubles, l'état confusionnel au bout de peu de jours, s'est aggravé, avec cependant des variations journalières.

L'obnubilation s'est accrue, l'amnésie rétrograde s'est étendue de plus en plus, la difficulté de l'évocation est devenue considérable, la bradypsychie s'est intensifiée. L'effort intellectuel est de plus en plus impossible et le malade renonce à vaincre cette fatigue ; il répond invariablement : « Je ne sais pas. »

L'initiative motrice est très diminuée ; on est même obligé d'inciter le malade à manger ; il mange ensuite de bon appétit. Il se montre enfin de plus en plus indifférent. Son inertie lui donne parfois un aspect dépressif, mais il n'y a pas d'affectivité pénible sous-jacente. Il est un peu somnolent dans la journée, mais reste turbulent la nuit.

A certains moments, en concordance avec la recrudescence de l'amnésie et l'aprosexie, apparaissent des phénomènes qui s'apparentent à un syndrome aphaso-agnoso-apraxique :

Le malade est alors incapable de nommer un objet ou donne un nom inexact, cette paraphasie va parfois jusqu'à la jargonaphasie. Il ne peut accomplir un acte impliquant des mouvements successifs. Il ne reconnaît plus un objet au toucher ou à la vue, il ne peut plus lire.

L'agnosie visuelle est parfois si marquée, que nous avons pu nous demander s'il n'y avait pas en réalité une lésion des voies optiques.

Le malade se comporte alors comme un véritable aveugle, il ne dirige pas son regard vers l'interlocuteur, il tâtonne pour saisir l'objet qu'on lui présente, sa marche est hésitante, il ne sait plus se diriger, il évite difficilement les obstacles et l'on doit le guider.

Signalons tout de suite que les réflexes pupillaires à la lumière et à l'accommodation sont très paresseux et que l'on observe une inégalité pupillaire. Mais, en dehors de ces symptômes, « il n'existe aucune lésion oculaire, aucune lésion entre le globe et les couches optiques », d'après l'expression même de l'ophtalmologiste. Toutefois, le champ visuel n'a pu être exploré.

On a l'impression parfois qu'on pourrait se trouver en présence d'une hémianopsie, le malade lisant la partie gauche d'un écrit et ne



pouvant déchiffrer la partie droite ; la marche est parfois légèrement latérale.

Les réflexes tendineux sont vifs et on constate parfois une légère déviation de la langue. Signalons encore l'absence de balancement des bras pendant la marche. Ajoutons que le malade a présenté depuis son entrée deux ou trois crises épileptiques généralisées mais de courte durée.

On n'observe pas d'autres signes neurologiques ; il n'y a pas de paralysie des membres, pas de troubles de la sensibilité, pas de symptômes cérébelleux.

Enfin, on n'a jamais observé de modifications de la température.

Nous nous sommes demandés si cette aggravation de l'état confusionnel, associée aux troubles neurologiques que nous venons de citer, ne pourrait pas être sous la dépendance d'une compression, d'une hypertension crânienne, due à un épanchement sanguin ou séreux.

Cet ensemble clinique ressemble étrangement à celui que nous avons observé chez une malade atteinte d'une tumeur temporale. Mais il n'y a aucun symptôme général d'hypertension, pas de céphalées, pas de vomissements, pas de constipation ; le pouls est normal, ainsi que la tension artérielle.

L'examen du fond de l'œil ne révèle pas de stase papillaire.

La pression du liquide céphalo-rachidien, prise au manomètre de Claude, en position couchée, est de 6 à 8, donc en hypotension.

La radiographie du crâne ne montre aucune anomalie. Il n'y a pas de sang dans le liquide.

Tel est le tableau clinique qui, en somme, représente un syndrome post-commotionnel un peu atypique dans sa symptomatologie et son évolution.

Mais ici la question se complique. Les réactions du sang et du liquide céphalo-rachidien sont nettement syphilitiques et le malade nous est arrivé avec le diagnostic de paralysie générale.

Nous avons pratiqué une nouvelle ponction lombaire et les résultats ont été identiques. Voici ces réactions :

Sang : Bordet-Wassermann positif.

*Liquide céphalo-rachidien.* — 1<sup>er</sup> examen : Bordet-Wassermann positif ; benjoin positif ; lympho. 0,4 ; albumine 0,85. — 2<sup>e</sup> examen ; Bordet-Wassermann positif ; Meinicke positif ; leuco. 0,8 ; albumine 0,60 ; Pandy positif ; Weichbrodt positif ; benjoin 22222.22222.21000.

Il faut noter la dissociation albumino-cytologique.

Il est difficile d'apprécier s'il existe sous cet état confusionnel si marqué un véritable affaiblissement psychique et d'en déterminer la formule. Au point de vue neurologique, en dehors de la paresse et de l'inégalité pupillaires, on ne décèle aucun autre signe de spécificité nerveuse et ces signes oculaires eux-mêmes ne sauraient présenter une signification absolue.

Ce que l'on peut affirmer c'est qu'aucune déficience psychique ne s'était révélée avant l'accident. Sur ce point, les témoignages sont concordants, aussi bien ceux de la famille que ceux des chefs du malade. Celui-ci, qui appartenait à une administration municipale, était très bien considéré et a d'ailleurs donné toute satisfaction dans son travail jusqu'au dernier jour.

En ce qui concerne le liquide céphalo-rachidien, on a noté dans quelques rares cas de syndromes confusionnels des formules pseudo-spécifiques d'ailleurs passagères.

Dans une observation de Baruk, citée dans la thèse de Masquin, un traumatisé a présenté, au début, des réactions typiques, au point que le diagnostic de paralysie générale avait été porté ; cette réaction disparut dans la suite.

Ce sont là des faits exceptionnels. Il n'est pas discutable que notre malade soit un syphilitique. Lorsqu'il était lucide, il a nié tout accident de cet ordre. Cependant, dans un premier mariage, sa femme avait fait deux fausses-couches, il est vrai qu'elle est morte assez jeune de tuberculose.

Mais on sait depuis que l'on pratique systématiquement des ponctions lombaires chez des spécifiques, que la seule manifestation d'une atteinte neuro-cérébrale peut se résoudre en une réaction liquidienne.

Notre malade présentait peut-être, bien avant le traumatisme, une telle formule de son liquide sans autre symptôme.

Il paraît peu probable que le seul traumatisme ait pu, en si peu de temps, entraîner une réaction aussi nette.

Voici donc le problème que pose notre observation :

S'agit-il d'une paralysie générale traumatique avec phénomènes confusionnels ?

S'agit-il d'un simple syndrome commotionnel chez un syphilitique ?

Nous pensons que la réponse est actuellement impossible. Seule l'évolution pourra nous apporter la solution, car nous sommes pour le moment encore en présence d'un état aigu. Dans la plupart des cas, d'ailleurs assez rares, où la paralysie générale a pu être nettement liée à un traumatisme cranien, les troubles psychiques n'apparaissent qu'assez tardivement après le trauma et quand la confusion s'est depuis longtemps dissipée. Il serait surprenant cependant qu'une commotion aussi grave et aussi durable n'entraînât pas un appel de processus spécifique sur le cerveau.

Par ailleurs, il semble que notre cas évolue avec une grande rapidité. Rappelons que les troubles ont débuté, il y a seulement un peu plus d'un mois ; l'état physique s'altère déjà, la fatigue générale, la cachexie paraissent faire d'importants progrès. On

a cité, depuis Trélat, des cas de méningo-encéphalites galo-pantes. Mignot, dans un article sur les paralysies générales traumatiques de guerre, a signalé la marche accélérée de la maladie. Il cite quatre cas dont la durée a été inférieure à 6 mois. Mais ce sont des faits exceptionnels et, même dans ces cas, la paralysie générale se dépouille assez rapidement de son masque purement confusionnel, ce que l'on n'observe pas chez notre malade.

Notre observation pose deux questions complémentaires :

1° Une question thérapeutique : Faut-il instituer un traitement antispécifique ? Y a-t-il lieu d'appliquer la malaria ?

2° Une question médico-légale : Faut-il rattacher intégralement la maladie mentale au traumatisme ? Sur ce point, nous n'hésitons pas à déclarer que la relation de cause à effet nous paraît indéniable, quel que soit le diagnostic adopté. Même si l'on admet la paralysie générale, même si l'on élève quelque doute sur l'intégrité psychique antérieure du malade, l'accident a incontestablement déclenché l'évolution rapide que nous constatons. En aucun des cas publiés de méningo-encéphalite traumatique, l'apparition de la maladie n'a été aussi brève et aussi accélérée à la suite d'un traumatisme.

Nous serons heureux d'avoir l'opinion de la Société sur ce problème diagnostique, thérapeutique et médico-légal.

M. RAYNEAU. — Un malade qui, au cours d'une collision de la voiture où il se trouvait avec le chemin de fer, avait été projeté par-dessus la maison de la garde-barrière, eut un coma de 10 jours, puis présenta un état d'excitation intellectuelle avec inégalité pupillaire et crises convulsives. On pensait à une paralysie générale traumatique. Il s'améliora si bien qu'il allait partir en liberté, lorsqu'il fut foudroyé par un ictus. Et l'autopsie révéla une couche de pus sur l'encéphale. Il s'agissait d'une méningite à évolution torpide. C'était à une époque antérieure aux connaissances des modifications humorales de la syphilis.

M. MARCHAND. — Je crois pouvoir interpréter ce cas de la façon suivante. On peut admettre que ce malade était atteint de paralysie générale latente au moment de son accident. Il s'agirait donc d'un paralytique général commotionné ; les lésions méningo-encéphaliques auraient été aggravées, activées par le traumatisme. Il est établi actuellement par la ponction lombaire que des modifications spécifiques du liquide rachidien peuvent s'observer avant l'apparition des premiers signes importants

de paralysie générale. Il est très possible que ce sujet ne présentait aucun trouble psychique avant le traumatisme. Cette constatation est si vraie qu'on peut la rapprocher des faits suivants. Nous mettons en liberté des paralytiques généraux, qui, à la suite des traitements par la malaria ou le stovarsol, ne présentent plus de troubles intellectuels et cependant on peut encore constater, dans leur liquide rachidien, des modifications spécifiques.

L'hypothèse d'une tumeur cérébrale aggravée par le trauma peut aussi être envisagée, comme l'a fait M. Abély. On a signalé chez de tels sujets des réactions du liquide rachidien qui simulent celles de la syphilis cérébrale. Dans ces cas exceptionnels, ce sont les recherches de laboratoire qui entraînent une erreur de diagnostic.

M. BONHOMME. — Il faut toujours penser à l'existence d'une paralysie générale latente antérieure à l'accident quand celui-ci a été minime, ou a eu pour cause une inattention extrême de l'accidenté. La paralysie générale latente peut être compatible avec l'exécution correcte d'une profession. C'était le cas d'un paralytique général impaludé qui exerçait, à la satisfaction de tout le monde et de lui-même, ses fonctions de bibliothécaire en province. J'ai vu incriminer à tort la bousculade dont avait été l'objet un tabétique traversant un passage clouté, et porter à son compte les troubles sphinctériens.

M. CEILLIER. — En matière d'accident de travail, l'état antérieur n'entre pas en ligne de compte.

### **Auto-mutilations et phlegmons provoqués dans un membre anesthésique. Syndrome pariétal et endocraniose, par M. Jacques DELMOND.**

Cette observation, qui soulève plusieurs problèmes neuropsychiatriques importants, est versée au dossier des auto-mutilations pour trois raisons :

1) Peu d'intérêt a, jusqu'ici, été accordé aux mutilations en tant que manifestations perverses. Les déséquilibrés pervers, dans les prisons, dans les bagnes militaires, dans les Quartiers de sûreté des Asiles, se mutilent ou infectent des plaies (avec des excréta, du pétrole, du tartre dentaire, etc.). Pourquoi le font-ils ? (Et le but est parfois utilitaire, mais quel est le *sens* de cette auto-destruction corporelle ?)

2) C'est la première fois, à ma connaissance, que l'on rapporte l'examen anatomo-pathologique (du seul point de vue morphologique) du cerveau d'un auto-mutilateur. Or, cet examen montre l'existence, dans l'hémisphère droit, d'une *aplasie pariétale* très marquée, avec début de sclérose lobaire atrophique (l'anesthésie siégeait à gauche).

3) Très peu d'observations mentionnent l'état de la sensibilité. Dans le cas présent, il s'agissait d'une *monoplégie crurale sensitive*, avec, comme particularité, la perte des sensibilités élémentaires superficielles. Uréchia (1) a présenté un cas d'autophagie des doigts chez un paralytique général, qui s'accompagnait d'une anesthésie à la douleur de tout le membre supérieur gauche, en rapport avec une pachyméningite cervicale hémorragique. Une analgésie centrale (médullaire) est postulée par Laignel-Lavastine et Brousseau (2), chez un tabo-paralytique. Vigouroux et Prince (3), Brassert (4), supposent une analgésie fonctionnelle.

La capacité de supporter la douleur physique, chez les aliénés, est un phénomène connu, qui a fait l'objet récemment d'observations très intéressantes par MM. Paul Courbon (5, 6), Ey et Colomb (7), Sivadon et Quéron (8). Mais il ne s'agit ici ni d'un délirant, ni d'un dément : notre malade était un pervers, de niveau mental légèrement inférieur à la normale, mais dont les troubles n'appartenaient pas à la classe des psychoses : « démence éthique », « névrose du caractère » épileptique avec sexualité pathologique. Avant d'être interné, il avait été condamné seize fois pour violences et outrages, par les juges civils et militaires, le total de ces condamnations s'élevant à 29 ans de travaux publics. Cet aliéné criminel, l'un des plus dangereux que l'on puisse observer, se mutilait depuis l'âge de 20 ans,

(1) URECHIA (C.-I.). — *Revue Neurol.*, p. 350, mars 1931.

(2) LAIGNEL-LAVASTINE et BROUSSEAU (A.). — Autophagie de l'auriculaire chez un tabéto-paralytique avec arthropathies. *Soc. de Psychiatrie*, 16 février 1922.

(3) VIGOUROUX et PRINCE. — Auto-mutilations chez les aliénés. *Bull. Soc. Clin. Méd. Ment.*, 4, 311-322, 1911.

(4) BRASSET (H.). — Selbstverstümmelung bei Paralyse. *Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie*, 70, 564, 1913.

(5) COURBON (Paul). — La douleur physique dans les états émotionnels et les états mentaux. *Ann. Méd.-psych.*, 94, II, 890-896, déc. 1936.

(6) COURBON (Paul). — La douleur physique chez les psychopathes. *Revue Neurol.*, 68, 308-312, juil. 1937.

(7) EY (Henri) et COLOMB (D.). — Suicide par ingestion d'objets divers. *Ann. Méd.-psych.*, 96, II, 245-249, juil. 1938.

(8) SIVADON et QUÉRON. — Auto-mutilation punitive : amputation de la langue par morsure. *Ann. Méd.-psych.*, 96, II, 594-600, nov. 1938.



uniformément en produisant, de propos délibéré, des lacerations de 10 à 30 cm. de long, sur toute la longueur de la cuisse et de la jambe *gauches*, infectant ensuite ses plaies avec ses matières fécales ou tout ce qui se trouvait à sa portée. Le terme de *caractère épileptique*, que j'ai employé à son égard, m'a paru le seul qui convenait, mais, comme on le voit, ces mutilations étaient entièrement différentes de celles que l'on voit accomplir par des comitiaux en état de fureur. Voici l'observation clinique et anatomique :

OBSERVATION. — Phil. Lucien, né à Paris en 1891, mort au Quartier de Sûreté de Hørdt le 13 avril 1938. Longtemps considéré comme un simulateur et condamné, le sujet fut enfin interné le 14 janvier 1924 par les soins de l'Infirmierie Spéciale du Dépôt (certificat circonstancié du D<sup>r</sup> Heuyer). Il fut conduit à Villejuif, puis à Hørdt le 30 avril 1924. Son comportement a été le même dans chacun de ces établissements.

Il était le quatrième enfant de parents très pauvres, mais alcooliques. Le père est mort jeune. *La mère est morte internée, était hémiplégique*. Deux sœurs et un frère sont dits bien portants. Il n'est pas rapporté de traumatismes obstétricaux, d'asphyxie à la naissance, ni de crises convulsives. Même absence de renseignements sur la première enfance. Par contre, dès l'âge scolaire on le montre indiscipliné, batailleur. Mis à la porte de l'école, il apprit cependant à lire et à écrire, obtint le certificat d'études. A 14 ans, il fut placé en maison de correction, à la demande de ses parents ; il s'évada, commit des vols, et fut condamné à la correction jusqu'à sa majorité. Aussitôt après, commence une existence qui n'est qu'une suite de condamnations, civiles et militaires. Les courts intervalles de liberté sont marqués par des crises de fureur clastiques : destruction de toute une salle de café, par exemple, avec blessures aux agents de l'autorité. Il manifestait une intolérance absolue à l'alcool, n'était du reste pas buveur. Les colères se produisaient généralement comme des explosions brutales, déterminées affectivement : par la contradiction, par un échec quelconque. Elles étaient souvent en rapport avec une situation : incarcération, mise en cellule. Elles étaient ainsi analysées : « La colère me prend, je deviens blanc, mes poings se serrent, mes yeux sortent et je ne me rends plus compte de ce que je fais. Ensuite, pendant deux jours, je suis brisé, hypnotisé, incapable de bouger ». « Brute déchaînée », écrit de lui le D<sup>r</sup> Heuyer. A l'Asile, il brisait les portes, les glaces les plus épaisses, il détruisait de ses propres mains une « cellule modèle », édifiée sous le régime allemand.

Il se mutilait avec n'importe quoi : clous, fragments de verre ou de bois, ainsi depuis plus de vingt ans. Les mutilations n'intervenaient pas au cours des impulsions aveugles du malade, mais étaient annoncées à l'avance et comme un moyen de chantage.

Le niveau mental de Phil., quoique faible, n'était pas celui de l'imbécillité.

Le malade présentait au maximum le *caractère épileptique* : morose, irascible, soupçonneux, hypochondriaque, exigeant sous menaces des suppléments alimentaires ; toujours prêt à la querelle, intouchable tant il était agressif ; absolument insociable et parfois cependant assidûment « accroché » au médecin. On arrivait parfois à obtenir sa neutralité, il manifestait alors une sorte de loyauté spéciale, aussitôt recouverte par l'amnésie de ses accès de fureur paroxystique. Il n'a toutefois jamais présenté ni crises convulsives ni vertiges.

Cet état de l'humeur, auquel s'ajoutait une fatigabilité psychique prononcée, a obvié de façon regrettable aux diverses démarches de l'examen du système sensitif, si difficile déjà lorsque le malade consent à coopérer.

EXAMEN PHYSIQUE (14 décembre 1937). — L'aspect général rappelle celui du gorille. Microcéphalie relative. Rebords orbitaires très marqués. Expression bestiale. Bras très longs, comparés au court développement des membres inférieurs. Tatouages. Adiposité marquée (taille 1 m. 62, poids 105 kgr.).

Amyotrophie et léger raccourcissement du membre inférieur droit. Cicatrices de plaies (blessures de guerre par balles), à la cuisse et à la partie supérieure du genou droit. Cicatrices d'une fracture ouverte ancienne du cou-de-pied à gauche.

*Cicatrices vicieuses*, à fond blanchâtre ou violacé, certaines d'une longueur de 30 cm., au nombre d'une vingtaine, alternant avec des plaies atones ou mal refermées, disposées sur la ligne axiale, *sur toute la longueur de la cuisse et de la jambe gauche*, genou excepté, à partir du tiers supérieur de la cuisse jusqu'à la cheville. A la cuisse elles sont externes et antérieures, à la jambe elles sont externes, antérieures et internes. Cuisse gauche très augmentée de volume, de coloration rougeâtre lymphangitique, particulièrement à la racine du membre qui est œdématisée. *On découvre une anesthésie totale à la pression.*

*Motilité* : rien à signaler. Individu très vigoureux. F.M. sensiblement égale des deux côtés. Aucune incoordination motrice. Pas de modifications nettes du tonus. Légère claudication.

*Réflexes* : aux membres supérieurs comme aux membres inférieurs tous les réflexes tendineux sont exagérés de façon égale. Clignement à la menace, mentonnier conservé. Cutané-plantaire en flexion à droite comme à gauche. Rossolimo indifférent à droite, normal à gauche. Crémastériens très faibles des deux côtés.

*Sensibilité* : la topographie de l'anesthésie la montre assez nettement limitée au membre inférieur gauche. Certes, au niveau du tronc, la piqure est perçue peut-être avec un léger retard, mais il y a des réactions motrices de retrait du bras, ou de chassément du stimulus désagréable. La topographie est segmentaire ; il semble toutefois

qu'à la face interne du tiers supérieur de la cuisse, la piqûre soit perçue, avec retard. Il n'a pu être fait d'épreuves esthésiométriques ou haphiestométriques.

La piqûre n'est pas ressentie dans le reste du membre. Le malade déclare ne pas reconnaître la sensation du pointu.

Le contact du doigt, d'une étoffe, d'un morceau d'ouate, ne sont pas ressentis. Le pincement fort n'éveille aucune réaction, pas plus que le tiraillement des poils.

La pression de la crête tibiale n'éveille aucune douleur ; il y a peut-être quelque fanfaronnade, le malade dit : « Vous pouvez y aller, je ne sens rien. » Mais du côté droit, de toutes façons, la localisation de l'excitation douloureuse est rapide et précise et entraîne des propos menaçants.

Le pincement des masses musculaires ne détermine pas de douleur. Le sens de la brûlure n'a pu être recherché. Le sens du chaud et du froid sont déclarés abolis.

Il y a persistance de la sensation brute des mouvements du membre. L'insincérité du malade rend douteuse sa réponse (qui est exacte) au sujet de la position du gros orteil, ainsi que ses réponses sur l'intensité de la force qui s'oppose à la flexion de la jambe. Perceptions spatiales : impossibles à apprécier à plusieurs examens. Épreuves hylognosiques : la reconnaissance de la matière des objets paraît abolie ; notons que les résultats sont très mauvais aussi du côté droit, avec : étoffe de toile, de laine, frotoir à allumettes, instrument de nickel.

*Langage et écriture* : normaux, praxie conservée.

On apprend, en outre, l'existence d'une *polyphagie* très notable, de *polyurie* avec pollakiurie. La *sexualité* fut toujours pathologique ; il n'a jamais eu de rapports hétérosexuels, varie entre la masturbation, l'indifférence totale et l'homosexualité active ou passive et compliquée de perversions. Coprophilie évidente (dans ses crises de fureur barbouille les murs ; s'introduit des matières fécales dans les plaies pour les infecter). On retrouve chez lui les caractères, décrits par Maeder (1), de la sexualité polyvalente et surtout très *régressive* de certains épileptiques.

En mars 1938, le malade avait été opéré, une fois de plus, pour une vaste collection supprimée de la cuisse gauche. Revenu de la clinique psychiatrique de Strasbourg, où il avait reçu les soins, il ne tarda pas à s'agiter de nouveau et à menacer de tout briser. Il était camisolé et assis dans son lit lorsqu'il se cyanosa et retomba brusquement (apoplexie viscérale).

*Autopsie* le lendemain : surface inférieure du foie dilacérée par un large infarctus. Poumons : emphysème. Aorte souple. Pas de phlébite.

(1) MAEDER (de Zurich). — Sexualität und Epilepsie, *Jahrbuch f. Psychoanalytische Forschungen*, I : 119-155, 1909.

EXAMEN ANATOMIQUE (1). — Le crâne est extrêmement épais. La calotte crânienne est d'une épaisseur de 16 mm. au niveau du frontal, de 20 mm. au niveau de la tubérosité occipitale ; elle est très dure et très consistante. Le diploé est réduit, les dépressions internes sont très accusées. Au total, le diamètre antéro-postérieur externe est de 187 mm., le diamètre interne est seulement de 144 mm. Cet aspect osseux répond à la description par Stewart (2) et Morel (3) de l'*hyperostose frontale interne* ou *endocraniose* de Morgagni, dont M. Xavier Abély et moi avons montré un exemple (4).

La dure-mère est très adhérente, la pie-mère adhère également à la convexité. La selle turcique est très irrégulière et asymétrique, les apophyses clinoides postérieures rugueuses.

Le cerveau est petit : diamètre antéro-postérieur, 15 cm. ; diamètre bi-temporal, 11 cm. ; hauteur, 8 cm. à gauche, 7 cm. 5 à droite (au niveau des scissures de Rolando). *Asymétrie* marquée entre les deux hémisphères, le gauche bien convexe, de forme normale, le droit par contre plus petit, plus bas et aplati. A droite, on constate l'existence d'une *dépression très marquée*, orientée d'avant en arrière et de haut en bas, profonde d'un demi-centimètre environ.

Dure-mère très adhérente et très épaisse au niveau du sillon inter-hémisphérique et du lobule paracentral à droite, où elle est intimement accolée au cerveau. On l'enlève sauf à ce niveau.

*Microgyrie*, les sillons bien marqués, les circonvolutions très grêles. Pie-mère transparente au niveau des circonvolutions, mais présentant des épaississements et un aspect blanchâtre au niveau des sillons. Vaisseaux dilatés.

La *dépression* sur l'hémisphère droit mesure en haut 35 mm. de largeur, en bas 15 mm. (elle forme une aire triangulaire à sommet postéro-inférieur). La base de ce triangle correspond au lobule paracentral, empiète légèrement en avant sur la première frontale et en arrière sur la pariétale supérieure. L'aire du triangle comprend le tiers supérieur de la frontale ascendante, le tiers supérieur de la pariétale ascendante, les parties adjacentes de la première frontale et de la pariétale supérieure, une petite partie de la pariétale inférieure aux abords du gyrus supra-marginalis, qui est respecté. Les parties de Fa et de Pa comprises dans cette aire sont très grêles et atrophiées. La partie de P<sup>2</sup> est surtout aplasique. Cette dépression pariétale ne répond à aucun relief osseux endocranien.

(1) Les mensurations de la calotte crânienne et du cerveau sont dues à l'obligeance de Mme le Dr Koulikowska-Kabaker, du Laboratoire de la Clinique Neurologique de la Faculté de Strasbourg (Directeur : Prof. J.-A. BARRÉ).

(2) STEWART (R. M.). — *J. of Neur. and Psychopathol.*, avril 1928.

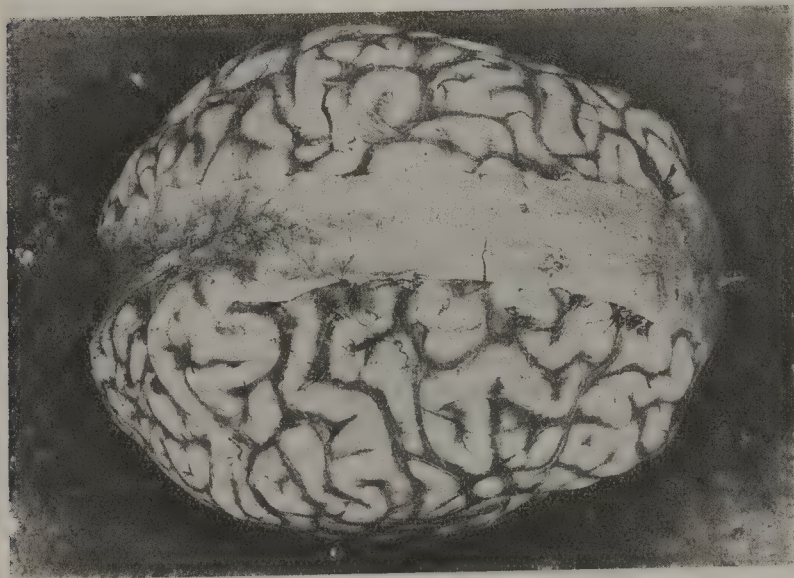
(3) MOREL (Ferdinand). — *L'Hyperostose frontale interne*. Paris, Doin, 1930.

(4) ABÉLY (Xavier) et DELMOND (J.). — *Ann. Méd.-psych.*, 95, II, 225-232, juillet 1937.



Une coupe transversale, passant par le milieu du méplat pathologique pariétal, montre qu'il n'existe aucun ancien foyer hémorragique ou porencéphalique. Il s'agit simplement d'une aplasie avec sclérose lobaire. Les substances grise et blanche paraissent réduites dans la même proportion.

Pas d'athérome des vaisseaux de la base.



*Cervelet sans déformation extérieure.*

Pédoncule droit plus petit que le gauche, surtout dans son diamètre antéro-postérieur. Le pied pédonculaire présente un dessin structural plus flou et plus serré du côté droit.

L'hypophyse est de la grosseur d'une noisette. L'examen histologique y montre une structure d'adénome chromophile.

*En résumé :* Chez un criminel au caractère épileptique, présentant d'innombrables auto-mutilations du membre inférieur gauche, nous avons montré l'existence : d'un *syndrome pariétal* avec début de sclérose lobaire droite ; d'une *hyperostose frontale et occipitale interne* ; d'un *adénome hypophysaire* accompagné d'un *syndrome endocrinien* (obésité, polyurie, polyphagie) dont relèvent en partie les troubles de la sexualité.

COMMENTAIRE. — Le problème neurologique posé par le syndrome pariétal a été exposé au cours de la Réunion Neurologique de Strasbourg du 9 juillet 1938. C'est un cas de déficit des ana-



lyseurs par lésion corticale, atypique, puisque précisément les syndromes sensitifs corticaux comportent généralement la conservation des sensibilités élémentaires superficielles. L'utilisation de l'analgésie à la douleur par cet auto-mutilateur pervers est particulièrement curieuse. Je n'ai pas trouvé d'observation semblable dans la littérature.

La psychopathologie de tels actes pervers n'offre pas moins de difficultés d'interprétation. Ils ne peuvent être entièrement expliqués par leur but utilitaire (être conduit à l'Infirmier ou à l'Hôpital pour tenter une évasion est le mobile immédiat le plus fréquent). Derrière ces motifs, apparaît le caractère profondément sado-masochiste de l'agressivité retournée contre l'individu. Stekel a souvent démontré les impulsions sadiques des épileptiques dans l'absence épileptique en particulier. « L'auto-destruction, écrit Schilder (1), est éprouvée par l'épileptique simultanément à la destruction de ce qui l'entoure » (aussi bien dans l'expérience du rêve que dans la crise de fureur). J'en ai vu exemple chez un individu, dont la sensibilité était à l'état normal tout à fait conservée, et qui se mutila le poignet sur une vitre cassée, en sectionnant avec rage artères et tendons. Nous devons mettre en parallèle la destructivité intense manifestée par notre malade, le caractère très régressif de sa sexualité et de telles lacérations des tissus (l'élément pervers lui faisant utiliser une anesthésie lésionnelle assez rare). Ce mécanisme devrait être recherché chez les auto-mutilateurs appartenant à d'autres groupes cliniques.

M. MARCHAND. — Je ne pense pas que l'on puisse établir un rapport entre l'anesthésie du membre inférieur et la dépression corticale que l'on constate sur la convexité de l'hémisphère ; je n'oserais prononcer ici le terme de « syndrome pariétal ». L'hémisphère entier est comprimé par l'épaississement crânien et la légère dépression exercée localement intéresse la deuxième frontale, la partie moyenne de la frontale ascendante et de la pariétale ascendante. Sur les coupes transversales, on ne note aucune perte de substance, soit corticale, soit sous-corticale. Si une telle lésion s'était traduite par une anesthésie segmentaire du membre inférieur, elle aurait aussi déterminé des troubles moteurs.

M. HESNARD. — Nous avons, M. Porot et moi, rencontré, parmi

(1) SCHILDER (Paul). — Introduction to a psychoanalytic Psychiatry. *Nervous and Mental Disease monograph.*, n° 50, Washington, 1928, p. 108.

les soldats de l'Afrique du Nord, plusieurs pervers du type de celui que M. Delmond vient de nous décrire et dont les automutilations n'avaient rien d'utilitaire.

Je me souviens de l'un d'eux, caractérisé par son impulsivité, son instabilité, son infantilisme sexuel et son intolérance de toute discipline. L'observation que lui fit un gradé sur un plat qu'il était en train de confectionner le rendit immédiatement furieux. Saisissant un tranchet sur une table voisine, il s'élança en brandissant son arme qu'il détourna contre sa propre main à l'instant où elle allait atteindre la tête de son supérieur. Et il se sectionna les doigts sans manifester la moindre douleur.

Cette auto-mutilation n'avait rien d'utilitaire. Ce n'est pas pour se faire réformer que son auteur l'accomplit. Il obéissait au besoin de détruire et la destruction, initialement dirigée contre autrui, tomba finalement sur lui-même.

L'analgésie, dans de tels cas, n'est pas le fait d'une lésion cérébrale, mais celui de l'état mental. C'est l'état passionnel qui rend le sujet insensible à la douleur. Et quelquefois, cette insensibilité est l'aboutissant d'une longue culture, ces pervers s'entraînant, par une véritable éducation, à supporter la douleur.

M. COURBON. — Je crois que l'analgésie des psychopathes, analgésie essentiellement intermittente et variable de sièges, a une condition psychique et non physique. La perception ou la non perception de l'excitation algogène dépend de l'attitude mentale momentanée dans laquelle se trouve le sujet lorsque l'excitation a lieu. M. Hesnard vient de citer quelques-uns des éléments de l'attitude mentale pendant laquelle la perception de la douleur n'a pas lieu. Il y en a d'autres.

Mais quand un psychopathe présente comme celui de M. Delmond une analgésie permanente et localisée, la condition de celle-ci ne peut être que physique. Et quand le territoire analgésié est celui dont la projection sur le cerveau correspond à des modifications corticales, il est naturel de voir, dans ces modifications, le substratum physique de cette anesthésie.

Par ailleurs, la fidélité de la description que M. Delmond a faite de l'état mental et de l'aspect extérieur de son malade m'a permis de le reconnaître. La bestialité de son visage, de sa structure physique et de son comportement nous avaient frappés, le Professeur Pfersdorff et moi, lors des visites mensuelles que nous faisons à Hœrdt comme membres de la Commission consultative, et nous l'appelions l'anthropopithèque.

M. X. ABÉLY. — Pour confirmer ce qu'a dit M. Hesnard sur le rôle de la culture dans la production de l'analgésie des pervers, j'insiste sur le rôle de la vanité. Non seulement les garçons, mais encore les filles, comme je l'ai constaté à la Maison de correction de Clermont, posent pour ne pas souffrir. Elles mettent leur point d'honneur à supporter les coups, les coupures, à se traverser les chairs avec des aiguilles, sans manifester de douleur.

**Lésions rénales dans le délire aigu**, par MM. P. GUIRAUD et J. CHAPOULAUD (présentation de préparations et de microphotographies).

Marchand et Courtois sont les premiers à avoir attiré l'attention sur l'importance de l'azotémie dans le syndrome délire aigu. Nous n'insisterons pas sur leurs recherches connues de tous les psychiatres. Pour eux, plusieurs facteurs semblent conditionner l'hyperazotémie ; d'abord les troubles fonctionnels du rein : albuminurie légère, et surtout oligurie. La concentration uréique, qui varie de 10 à 25 gr., n'est pas trop faible en soi, mais précisément à cause de l'oligurie, elle ne peut débarrasser l'organisme de l'excès d'urée. Cette insuffisance de l'activité rénale dépend pour eux de l'état du système nerveux central et particulièrement de l'altération des centres végétatifs de la base du cerveau. Cette conception, croyons-nous, est celle de tous les auteurs qui se sont occupés du délire aigu.

Dans une précédente communication, Guiraud et Sauné ont rappelé les travaux de Christophe sur la maladie expérimentale des brûlés et rapporté les expériences de cet auteur qui démontre que, chez le chien, la perfusion limitée à la tête d'un animal sain avec du sang provenant d'un membre d'un animal gravement brûlé suffit à provoquer d'abord des troubles fonctionnels du rein et ensuite une véritable néphrite épithéliale.

Pendant l'hiver 1936-1937 et pendant le mois de novembre 1938, nous avons assisté à une véritable petite épidémie de délire aigu et nous avons estimé intéressant de rechercher l'état histologique du rein des malades décédés.

Dans les cas qui guérissent, il est certain que les troubles rénaux sont rapidement transitoires ; en quelques jours, l'azotémie tombe, par exemple, de 3 gr. 50 à 0,60 et on ne trouve, dans l'urine, ni cylindres, ni albumine, l'examen du malade ne montrant aucun signe d'insuffisance rénale. Nous ne connaissons pas

l'état anatomique de ces reins, mais nous savons que, s'il y a des lésions, la *restitutio ad integrum* au moins fonctionnelle est très rapide. Mais en est-il toujours ainsi, spécialement dans les cas mortels ? Marchand et Courtois signalent parfois une « tuméfaction trouble des tubes urinifères », deux cas de néphrite subaiguë et un cas de néphrite aiguë suppurée. Girard Cornut et Moreau n'ont pas trouvé de lésion véritable de néphrite aiguë.

Nous avons examiné les reins et presque toujours le foie et le système nerveux de neuf cas de délire aigu mortel ayant duré de 7 à 15 jours, compte non tenu de la période prodromique et des quelques jours passés dans les hôpitaux avant internement. Dans deux cas, nous avons trouvé des lésions peu importantes, mais dans les sept autres cas, les lésions rénales sont d'une netteté évidente et d'un aspect assez univoque. Aux deux cas sans lésion appréciable, ajoutons un dixième cas provenant d'une paralysie générale décédé de cachexie avec eschare et qui nous a servi de témoin.

Dans le milieu où nous opérons, l'autopsie est pratiquée au moins 24 heures après le décès, aussi ne faut-il pas s'attendre à trouver des images cytologiques absolument superposables à celles des traités d'histologie normale. Par exemple, nous avons laissé complètement de côté l'étude du chondriome ; nous ne cherchons pas davantage à retrouver, dans les tubes contournés, les limites cellulaires qui, du reste, sont indistinctes à l'état normal, mais nous repérons facilement la régularité de la lumière du tube, souvent la bordure en brosse, les particularités du cytoplasme et du noyau. Les trois premières microphotographies que nous projetons montrent ce que nous considérons comme pratiquement normal. Encore la troisième image est-elle choisie dans une région intacte ; on peut trouver, dans d'autres préparations du même rein, des lésions nettes.

Voici maintenant un cas dans lequel il y a eu pyélonéphrite d'emblée avec nombreux cylindres, pus, cellules du rein et du bassinet, nombreux microbes divers, hyperleucocytose à 23.000 éléments ; il s'agit d'un délire aigu septicémique avec azotémie énorme ayant atteint plus de 6 gr. 50 pendant 8 jours, les lésions rénales sont fort accentuées, mais pas plus que dans les autres cas. La projection montre : 1° la dislocation complète de la structure des tubes contournés, la disparition de presque tous les noyaux, des dépôts abondants à l'intérieur des pièces intermédiaires, l'énorme distension de la lumière du glomérule. Il est curieux de constater que ces lésions ne diffèrent pas

de celles que nous trouvons dans les cas où l'urine ne présente pas d'éléments anormaux.

Dans deux autres cas, concernant des malades de 48 et 49 ans, des lésions de néphrite chronique sont antérieures à celles de la néphrite aiguë provoquées par le délire et coexistent avec elles. Un cas surtout est caractéristique, le rein contient de véritables kystes de néphrite chronique à sa surface, de nombreux glomérules sont remplacés par des sphérules homogènes hyalines ; dans l'un des cas, nous constatons simplement une prolifération diffuse de fibrilles collagènes.

Arrivons maintenant aux lésions rénales que nous considérons comme provoquées directement par le délire aigu. Signalons d'abord que, plus la maladie se prolonge, plus les lésions paraissent accentuées, cela est vrai surtout pour les cas dans lesquels le résultat du traitement (toni-cardiaques, toniques nerveux, sérum glucosé, etc.) a été simplement de prolonger la vie du malade, laissant ainsi le temps aux lésions rénales de se constituer.

1° Les lésions n'envahissent pas tout le rein, surtout dans les cas légers ; même dans une seule préparation, on trouve côte à côte des régions saines et des régions très lésées.

2° L'élément essentiel est l'atteinte des tubes contournés : les noyaux se colorent mal, les noyaux disparaissent, la structure du tube est bouleversée, la lumière centrale devient irrégulière, puis disparaît, ou bien elle est élargie et remplie de produits de désagrégation ; le cytoplasme devient granuleux et acidophile. Dans certains cas, les sections des tubes contournés, au lieu d'être intimement juxtaposées, sont séparées par une sorte d'œdème interstitiel.

En contraste avec ces lésions accentuées, les pièces intermédiaires sont presque toujours intactes.

3° Les glomérules sont souvent normaux dans les cas légers, mais dès que la maladie se prolonge, l'espace entre l'anse vasculaire et la capsule s'élargit beaucoup.

4° Au niveau des pyramides, les tubes collecteurs sont en général très peu lésés, mais leur lumière est souvent remplie par des produits de désagrégation : masses amorphes acidophiles, hématies intactes ou débris d'hématies, etc...

5° Comme dans la plupart des organes, la congestion est très fréquente. Elle est souvent diffuse avec hémorragies dans les tubes collecteurs, mais parfois on constate de véritables infarctus



rénaux avec nécrose acidophile du tissu, surtout dans la région corticale.

En résumé, nous trouvons souvent, dans les délires aigus mortels, surtout quand leur évolution est un peu prolongée, des lésions de néphrite épithéliale et quelquefois de glomérulonéphrite.

Nous avons déjà signalé qu'il s'agit d'autopsies pratiquées 24 heures après le décès, mais que des pièces de comparaison montraient que, dans ces conditions, il n'y a pas de lésions cadavériques appréciables. Faisons cependant une restriction : dans un cas (pyélonéphrite aiguë), le processus de putréfaction a été d'une rapidité extrême, le rein et le foie contenaient des quantités de microbes, les lésions hépatiques, surtout péri-portales, sont en grande partie cadavériques. Cette particularité nous a fait rechercher, par les méthodes au bleu de Kühne, les microbes dans le rein et le foie, mais nous n'en avons jamais retrouvé. Ajoutons enfin qu'aucun de nos malades n'a reçu de médicament capable même d'aggraver des lésions rénales et que jamais nous n'avons dépassé la dose de 1 litre à 1 litre et demi de sérum intraveineux chez les quelques malades qui en avaient besoin.

M. MARCHAND. — Les lésions des reins au cours de l'encéphalite psychosique aiguë azotémique sont variables et inconstantes, comme viennent de le montrer MM. Guiraud et Chapoulaud. La tuméfaction trouble des tubes urinifères est la lésion la plus commune. Comme je l'ai soutenu avec Courtois, ces lésions ne sont pas la cause de l'hyperazotémie, puisque celle-ci n'est pas plus considérable dans les cas où le parenchyme rénal présente des lésions importantes, que dans ceux où il est peu touché. J'ai pu noter, dans de rares cas, une néphrite suppurée, mais il s'agissait d'un processus secondaire terminal à rapprocher des diverses autres suppurations que l'on peut observer à la phase ultime de la maladie.

La séance est levée à 11 heures 50.

*Le Secrétaire des séances,*

Paul CARRETTE.

Séance du Lundi 23 Janvier 1939

---

Présidence : M. LAIGNEL-LAVASTINE, président  
et M. Paul GUIRAUD, vice-président

---

Allocution de M. A. FILLASSIER, président sortant

MESSIEURS,

Au moment de quitter votre Présidence, permettez-moi de vous remercier une dernière fois et de vous dire que nul honneur ne pouvait m'être plus précieux et de m'excuser d'avoir été, à mon corps défendant, absent si souvent.

Chaque année, vos Présidents ont loué la part que doivent à votre Société les progrès de la Psychiatrie, ainsi qu'aux *Annales Médico-Psychologiques*, son corollaire indispensable, si heureusement dirigées par notre collègue, le Docteur René Charpentier.

Comment votre Société ne jouirait-elle pas d'une autorité reconnue, tandis qu'elle exerce, sur tous ceux qui travaillent dans l'ordre de sa mission, une telle attirance. Sans doute, le Président sortant sera assez souvent porté à considérer que l'année qui s'achève a été particulièrement féconde ? Cette petite faiblesse, si c'en est une, ne lui serait-elle pas légitime, alors qu'il parcourt l'ordre du jour des séances écoulées, et comment pourriez-vous le lui reprocher puisqu'elle est votre œuvre ? Permettez-moi donc de la prendre aussi à mon compte !

Lors de votre séance solennelle, vous avez apprécié les études du D<sup>r</sup> X. Abély qui s'est fait, si j'ose dire, le « Civiliste » de notre loi, et ses études si mesurées, si réfléchies, inciteront les réformateurs à une saine prudence.

Le D<sup>r</sup> Th. Simon a montré avec sa clarté coutumière que si la loi n'a pas parlé des enfants ou à peine, elle leur a rendu d'importants services et leur en réservera d'autres, si la législation de l'enfance, que l'on envisage, s'inspire de ce qu'elle a permis ou appris. Le D<sup>r</sup> Desruelles, avec une documentation qu'il pos-

sède seul, vous a exposé l'esprit des projets de révision de la loi et son étude demeurera définitive.

Dans « un demi-siècle d'assistance des aliénés avant la loi de 1838 », le D<sup>r</sup> Carrette a su vous charmer tout en faisant œuvre d'historien averti et délicat.

L'année 1938 entendit en outre de nombreuses communications que je ne puis, hélas, énumérer toutes : notre Secrétaire général vous a fort intéressé avec les progrès que réalise la Phonopsychographie ; les méthodes thérapeutiques nouvelles furent l'occasion de discussions qui témoignent de l'intérêt et de la prudence avec lesquelles vous examinez les suggestions qui vous parviennent. « Ce qu'il admirait le plus dans cette Société, disait Paul Janet en 1867, c'est l'esprit de tolérance, la largeur des idées, la liberté entière des opinions... »

Comment omettre enfin les travaux qui traitèrent des « Conflits sociaux et psychoses », selon la formule du D<sup>r</sup> M. Leconte ? Déjà, d'ailleurs, votre Société avait entendu au lendemain de la guerre de 1870 et des événements qui l'accompagnèrent, les opinions de Billod, Bouchereau, Legrand du Saule, Lunier, Magnan, de Morel notamment.

Des circonstances récentes ont donné à ce problème une actualité nouvelle que soulignent les études du D<sup>r</sup> R. Dupouy, qui relève une augmentation du nombre des aliénés à partir de fin février 1936.

De nombreux collègues vous apportèrent le résultat de leurs constatations, mais la place m'est mesurée : la réalité douloureuse des faits observés ne mériterait-elle pas de franchir cette enceinte pour enseigner la cruauté des divisions et des stériles querelles ! Tant il est vrai que votre Société occupant la place la plus élevée dans la hiérarchie des sciences, rien de ce qui est humain ne lui est étranger.

Mais il faut se limiter et je m'arrête : aussi bien il me restera à examiner succinctement avec vous le problème présent de l'augmentation du nombre des aliénés, si pressant.

Déjà Esquirol, penché sur ce problème qui troubla Pinel demandait : « Existe-t-il de nos jours un plus grand nombre de fous qu'il n'en existait il y a 40 ans ? »

Rappelant leurs travaux et ceux de Gérando, le D<sup>r</sup> Ichok remarque leurs contradictions ; la question, fort difficile à préciser alors, a progressé, grâce tant aux travaux de cet auteur qu'à ceux de nos collègues, le D<sup>r</sup> Raynier qui, dans son rapport à l'Inspection générale de 1923, révèle de 1834 à 1914, une progression considérable, le D<sup>r</sup> Desruelles et le D<sup>r</sup> Lauzier, les D<sup>rs</sup> Hamel, Labouel et Pierron.

M. Rucart, Ministre de la Santé publique, indiquait au Conseil général des Vosges, en décembre 1937, que le nombre des aliénés s'accroissait de 1.500 à 2.000 par an, et estimait annuellement à près d'un milliard la charge que supporte de ce chef la collectivité française.

Ces problèmes sont angoissants : en rechercher les causes dépasse notre cadre, mais comment n'en pas retenir quelques-unes ? l'accroissement du nombre des aliénés, les naturalisations multipliées. Des précautions suffisantes ont-elles été prises médicalement ? il n'apparaît pas *a priori* : le Dr Torchaussé, Conseil-ler général, indique qu'en 1926 il y avait dans la Seine 17.822 naturalisés inactifs, et 5.004 naturalisés actifs : parmi les premiers, il y avait 4.289 détenus, 3.250 hospitalisés, 2.790 aliénés !

Aussi l'on comprend le vœu de l'Académie de Médecine, du 18 mai 1937 : « Que tout dossier de naturalisation soit accompagné d'un examen de santé mentionnant l'absence complète de toute maladie ou tares organiques, et comportant les résultats des recherches sérologiques, radiologiques, bactériologiques et mentales. Ces examens devront être exigés de tous les membres de la famille. »

Ce n'est pas ici que j'ai besoin de souligner l'intérêt d'un examen mental ; au point de vue pénitentiaire seul, et au cours d'une visite récente, la 7<sup>e</sup> Commission du Conseil général constatait dans les prisons de la Seine 27 % d'étrangers, soit proportionnellement, 4 fois plus de criminels dans la population étrangère que dans la population française.

Messieurs, je m'excuse d'avoir retardé votre plaisir d'entendre mon successeur et ami M. le Professeur Laignel-Lavastine vous remercier d'un vote qui nous a tous réjouis.

Aussi je m'arrête et vous prie seulement de me permettre de dire ma reconnaissance à votre Bureau de l'aide précieuse qu'il m'a apportée : le Professeur Laignel-Lavastine auquel je suis charmé de remettre les pouvoirs que vous m'aviez confiés et dont l'année présidentielle méritera les éloges que j'adressais, il y a quelques instants, aux années précédentes. Le Dr Courbon, dont j'ai pu admirer l'activité, le dévouement, l'inlassable servabilité pleine de bonne humeur, assure la bonne marche de notre Société et son prestige grâce à lui grandissant ; le Dr Collet, qui porte tant d'amabilité dans des fonctions de nature sévère ; les D<sup>rs</sup> P. Abély et Carrette, dont le labeur éclaire et illustre vos procès-verbaux.

Il ne me reste plus, Messieurs, qu'à honorer, selon l'usage, la

mémoire de nos collègues disparus ; le Professeur Crouzon, les Docteurs Petit et Truelle, le Professeur Marinesco, dont le souvenir a été évoqué ici même lors de leur décès et M. le Docteur Riche, médecin honoraire de Bicêtre, où il fit sa carrière, élu membre correspondant en février 1905, fin clinicien, extraordinairement dévoué à ses malades, d'une modestie proverbiale ; et de me féliciter de la présence parmi nous de nombreux nouveaux collègues. Aussi, selon l'inéluctable loi, le flambeau échappé des mains de ceux qui ne sont plus, est recueilli par d'autres qui en entretiendront la flamme, et votre Société, sans cesse revivifiée, continuera dans l'avenir sa tâche glorieuse.

#### Allocution de M. LAIGNEL-LAVASTINE, président

MES CHERS COLLÈGUES,

Je m'excuse d'abord de ne pas vous avoir fait mon allocution liturgique de président au début de notre séance théorique de janvier, comme c'est la tradition depuis 1860.

Mais j'ai mon cours d'histoire de la médecine à la Faculté à 4 heures et me voici aussitôt après qu'il est fini.

En m'asseyant dans ce fauteuil, que j'ai déjà occupé un an comme président de la Société de Neurologie et que je dois garder en 1940 comme président de la Société médicale des hôpitaux, je vous adresse, mes chers Collègues, mes remerciements.

Je profite de cette occasion pour remercier particulièrement mes amis René Charpentier et Fillassier des phrases aimables qu'ils m'avaient tournées l'an dernier le jour de mon élection à la vice-présidence.

Je regrette triplement l'absence de Fillassier : elle prouve que sa santé n'est pas parfaite (nous la lui souhaitons bien meilleure) ; elle nous prive de son commerce toujours égal et amène et m'enlève la joie de lui dire ma vieille et profonde amitié. Nous nous sommes connus auprès de Magnan, qui voulait bien m'initier à sa virtuosité clinique dans son Service de l'Admission, qu'il a rendu célèbre dans le monde entier.

La piété filiale, dont Fillassier entourait son beau-père, était touchante ; elle était autant à l'honneur du gendre admirateur et respectueux qu'à celui du grand aliéniste, dont la personnalité avait déterminé pareil culte.

Vous avez goûté ici dans sa présidence le calme méthodique



et courtois de mon ami Fillassier. Je n'ai qu'à suivre son sillage pour éviter la houle des discussions.

Notre secrétaire général, mon ami Paul Courbon, est d'ailleurs là pour me seconder. Il fera mieux. Habile pilote, qui connaît les passes dangereuses, il saura me les faire éviter. J'ai conservé trop bon souvenir de notre ancienne collaboration pour ne pas trouver grand plaisir à m'asseoir deux fois par mois pendant quelques heures à ses côtés.

S'il est le secrétaire général parfait, actif, zélé, empressé, aimable, d'humeur égale, c'est qu'il avait déjà les qualités requises pour sa fonction et aussi que son prédécesseur, René Charpentier, lui a servi de modèle.

C'est une joie particulière pour moi d'avoir à travailler avec Carrette et mon cher élève Jacques Vié. Je les connais tous deux depuis longtemps et j'ai pu apprécier dans de nombreuses circonstances leurs grandes qualités, de même que celles de notre ami Collet, qui cache, sous les dehors du trésorier modèle, l'activité modeste, mais avertie, d'un historien de terroir documenté de première main.

Ma vie à mailles serrées m'obligera peut-être à demander à mon vice-président de me remplacer quelques quarts d'heure. Je suis sûr que vous ne m'en voudrez pas ; ce vous sera une occasion de goûter davantage la personnalité attrayante de notre ami Guiraud, dont vous connaissez la valeur technique et la grande activité scientifique.

Historien, j'avais trouvé, voilà quelques années (1), en faisant l'inventaire de mon Cabinet des manuscrits à la Faculté de Médecine, le discours d'ouverture de la Société médico-psychologique par Gerdy (Carton 5161) et j'avais pensé vous en lire quelques passages, toujours actuels, sur l'importance de la psychologie. On y sent l'influence de l'heure, après l'expérience républicaine de 48 et « l'opération de police un peu rude » du 2 décembre et aussi la marque d'Auguste Comte, dont le *Cours de Politique positive* commençait de paraître.

Notre Société fut, en effet, fondée par Ferrus le 27 avril 1852 et la première séance dont les comptes rendus soient publiés par les *Annales médico-psychologiques* est celle du 20 août, sous la présidence de Ferrus, Gerdy étant vice-président.

Il devint président en juillet 1853.

Et le *Cours de Politique positive* commença d'être imprimé en 1851.

(1) LAIGNEL-LAVASTINE. — Manipulations bibliographiques : des manuscrits, 2 mai 1932.

Or, ce discours de Gerdy est fort long. Il ne pourrait tenir dans une allocution.

Aussi, je termine en reprenant le souhait de René Charpentier : que les collègues, qui veulent bien nous communiquer leurs travaux, les exposent oralement en en donnant l'essentiel. Ainsi, plus de temps pourra être consacré à la discussion, qui est la raison principale d'une société.

Et avec encore mes excuses pour cette interruption présidentielle, je donne la parole à l'orateur inscrit à l'ordre du jour et dont j'ai retardé l'appel par mon intervention.

### Adoption du procès-verbal

Le procès-verbal de la séance du 8 décembre et le procès-verbal de l'Assemblée générale et de la séance du 22 décembre 1938 sont adoptés.

### Correspondance

M. Paul COURBON, *Secrétaire général*. — La correspondance manuscrite comprend :

une lettre de M. le D<sup>r</sup> FILLASSIER, *président* de la Société, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance et me charge de lire son discours d'adieu. Notre confrère, que la maladie retint loin de nous les mois derniers, est en train d'achever dans le Midi sa convalescence. Si nous avons encore aujourd'hui la peine de ne pas le voir siéger dans le fauteuil présidentiel qu'il occupait avec une autorité pleine de bonhomie, nous aurons bientôt la joie de le revoir dans notre assemblée. Je lui exprime les vœux de nous tous pour son prompt rétablissement et j'y ajoute mes remerciements pour le plaisir et le fruit que j'ai retirés de ma collaboration avec lui au Bureau de la Société ;

des lettres de MM. les D<sup>rs</sup> MENUAU, DUCOUDRAY et SOULAIRAC, qui remercient la Société de les avoir élus *membres correspondants nationaux* ;

une lettre de M. le D<sup>r</sup> FAHREDDIN KERIM GÖKAY, d'Istanbul, qui remercie la Société de l'avoir élu *membre associé étranger* ;

des lettres de MM. les D<sup>rs</sup> Jean DELAY, médecin des hôpitaux de Paris, Joseph ALLIEZ, chargé de cours à la Faculté de médecine de Marseille, et Pierre ROYER, médecin de l'hôpital psychiatrique de Privas, qui demandent à faire partie de la Société comme *membres correspondants nationaux* : la Société désigne une Commission composée de MM. H. BARUK, COURBON, VIÉ, pour l'examen de ces candidatures ; l'élection aura lieu le 27 février 1939 ;

une lettre de M. le Recteur de l'Université de Montevideo accompagnant un envoi des travaux scientifiques traduits en français de feu le D<sup>r</sup> Eduardo LAMAS, de Montevideo, ainsi que la photographie de notre regretté confrère : ces précieux documents ont été versés aux archives de la Société, et une lettre de remerciements a été adressée à Mme LAMAS et à M. le Recteur de Montevideo ;

des lettres de MM. les D<sup>rs</sup> BEAUSSART, médecin-chef de l'hôpital psychiatrique de Villejuif ; GAUTHIER, professeur agrégé au Val-de-Grâce ; LE SAVOUREUX, médecin-directeur de la Maison de santé de la Vallée-aux-Loups, qui posent leurs candidatures aux places vacantes de *membre titulaire* résidant de la Société : une Commission, composée de MM. BOREL, BROUSSEAU, DUPOUY, GUICHARD et MIGNOT, est nommée pour l'examen de ces candidatures ; l'élection aura lieu le 27 février prochain ;

une lettre de M. le D<sup>r</sup> Henri ROGER, professeur de clinique neurologique à la Faculté de médecine de Marseille, qui pose sa candidature à la place vacante de *membre titulaire* non résidant de la Société : une Commission, composée de MM. CHATAGNON, DANJEAN, HALBERSTADT, HARTENBERG et VIEUX, est nommée pour l'examen de cette candidature ; le vote aura lieu le 27 février prochain.

### Commissions des prix

La Société aurait à décerner cette année le *prix Belhomme*. Ce prix triennal de 1.500 fr. avait pour sujet : *Les états de déficit intellectuel post-traumatique, à l'exclusion des traumatismes obstétricaux chez l'enfant*. Aucune candidature n'a été posée.

Elle aura à décerner le *legs Christian* de 1.000 fr. Une seule candidature a été posée. Celle-ci sera, conformément au règlement, examinée par le Bureau de la Société qui fera son rapport dans la séance du 22 mai prochain.

### Election d'un membre associé étranger

Après lecture d'un rapport du D<sup>r</sup> COURBON, au nom d'une Commission composée par MM. René CHARPENTIER, Georges DUMAS et Paul COURBON, il est procédé au vote :

Nombre de votants .....	27
Majorité absolue .....	14

A obtenu :

M. Marcos VICTORIA .....	27 voix.
--------------------------	----------

M. le D<sup>r</sup> Marcos VICTORIA, professeur adjoint de psychologie à l'Université de Buenos Aires, est élu *membre associé étranger* de la Société médico-psychologique.

## COMMUNICATIONS

Intérêt du " signe du poignet figé " et des manœuvres de Froment en neuro-psychiatrie, par M. Gaston FERDIÈRE.

Cette courte note m'est d'abord l'occasion de rendre hommage au Professeur Froment qui, dans une atmosphère de sympathie et de cordialité difficilement retrouvée, m'a inculqué les premières disciplines neurologiques ; il m'a enseigné l'intérêt d'un des signes dont il est le père, celui « du poignet figé » et la technique nécessaire à sa recherche ; ce signe rend de tels services dans la pratique neuro-psychiatrique quotidienne qu'il me paraît indiqué d'attirer à nouveau sur lui l'attention de la Société Médico-Psychologique.

Au cours des syndromes parkinsoniens, la rigidité et la décontraction musculaire en saccades — cette dernière connue sous le nom de « phénomène de la crémaillère » ou mieux « de la roue dentée » (Negro) — se recherchent habituellement au niveau de l'avant-bras au cours des mouvements passifs d'extension-flexion.

Dans une série de travaux communiqués à la Société de Neurologie le 7 janvier 1926, Froment et ses collaborateurs, Gardère en particulier, ont montré que rigidité parkinsonienne et roue dentée s'effacent au repos et s'exagèrent dans les attitudes de déséquilibre ; ils ont mis en évidence ce caractère *dystasique* au cours des mouvements passifs du poignet et indiqué les raisons majeures du choix de ce segment : on peut le mobiliser « sans risquer de désaxer ou de perturber si peu que ce soit l'équilibre... En mobilisant ainsi le poignet (sous conditions de le faire avec un rythme lent et avec une très grande légèreté de main), on est renseigné d'une manière vraiment remarquable sur les modifications les plus légères de la rigidité parkinsonienne. Les variations et atténuations observées ...sont d'ailleurs d'un tel ordre de grandeur qu'elles ne laissent pas intervenir le coefficient d'appréciation personnelle ».

Il y a cependant lieu d'insister ici sur les nécessités d'une bonne observation et d'une technique des plus rigoureuses : Le sujet est debout, les talons joints, les bras pendants, le regard à six pas ; d'une main l'observateur se saisit de l'avant-bras du côté à examiner et le maintient en demi-flexion en ayant soin de fournir au sujet le point d'appui le plus minime possible ; l'autre

main de l'observateur mobilise la main du sujet, celui-ci ayant été invité à rester souple ou encore à laisser sa main morte ; le geste expressif est souvent nécessaire. Un très grand nombre d'individus observés cherchent à vous aider et accompagnent plus ou moins consciemment le mouvement ; il est facile alors de les tromper, de s'arrêter à mi-course, de revenir sur ses pas, de glisser quelques mouvements inattendus de flexion ou d'extension forcées ou encore de varier le rythme de la manœuvre ; les mêmes procédés auraient raison des tentations de simulation dont la crainte hante le psychiatre — tout particulièrement au cours des expertises médico-légales.

Un certain nombre de manœuvres accusent ou soulignent l'hypercentonie parkinsonienne : la station à cloche-pied, « la manœuvre du comptoir » (« test précieux », dit Baudard dans sa thèse) : le sujet, toujours dans la position de garde-à-vous que je décrivais ci-dessus, est invité à saisir de sa main libre un verre ou un objet quelconque posé sur une table un peu éloignée. Dans la pratique neuro-psychiatrique, je lui préfère « la manœuvre de l'interrogatoire », qui a l'avantage énorme de me permettre de continuer l'examen mental au cours des recherches neurologiques ; il me paraît seulement indiqué de profiter du moment pour poser au sujet des questions un peu difficiles, d'explorer par exemple sa mémoire des faits anciens en sollicitant des dates précises, ou encore de le soumettre à des opérations de calcul mental un peu supérieures à son niveau supposé ; au cours de semblables efforts intellectuels, le parkinsonien fruste *oublie* de laisser son poignet souple selon la recommandation préalable : une rigidité minime mais indiscutable se trouve immédiatement décelée ; on a l'impression d'une mécanique qui « se grippe », impression qu'il suffit d'avoir ressentie une seule fois pour être en mesure de la reconnaître et de l'affirmer.

Ces dernières remarques m'amènent fort à propos à notre domaine habituel et je voudrais dire les importants services que me rend quasi chaque jour le « signe du poignet figé » ; je n'ai que l'embarras du choix au milieu des cas innombrables qui se présentent à ma mémoire : c'est un paralytique général chez lequel la constatation du signe met en évidence un syndrome spécifique basilaire ; c'est un pervers considéré jusqu'ici comme constitutionnel et qui présente un signe indiscutable du côté gauche : la suite de l'examen met en évidence pour la première fois un épisode fébrile ancien avec diplopie passagère ; c'est un adolescent venu consulter pour des insomnies rebelles et présentant un signe encore du côté gauche : l'absence de



balancement du bras avait jusqu'ici passé inaperçu et les troubles de la mimique ne pouvaient être affirmés. J'ai vu récemment une employée des postes soignée depuis plusieurs années pour une soi-disante « crampe des écrivains » qui la gêne considérablement dans son travail et l'inquiète pour l'avenir : il s'agit en réalité d'un syndrome parkinsonien monoplégique droit. Par contre, certains malades considérés comme encéphalitiques sont des déments précoces catatoniques : la catatonie la plus accusée complique la recherche du signe infiniment moins qu'on peut le supposer ; son diagnostic se base essentiellement sur le fait qu'elle ne paraît pas dystasique.

Chez les parkinsoniens anciens tels qu'on les rencontre dans les hôpitaux psychiatriques, le « signe du poignet figé » est encore indispensable pour préciser le côté le plus atteint, ou le premier atteint et reconstituer de ce fait l'histoire de l'affection ; pour suivre les résultats des traitements institués, les dopings d'aujourd'hui, les curateurs de demain...

La recherche du signe du poignet me paraît aussi importante chez nos malades que celle des réflexes rotuliens ou pupillaires ; elle me paraît nécessaire à tout examen neuro-psychiatrique un peu soigneux. Le signe du poignet devrait être appelé à figurer dans la liste des symptômes toujours recherchés que l'on affecte sur les observations du signe + ou du signe —.

### A propos de la « Débilité mentale », par M. André P. L. BELEY

Il est indéniable qu'un travail de mise au point de la notion de « débilité mentale » est indispensable.

Ce travail ne peut être poursuivi que là où le déficit a le maximum de conséquences, c'est-à-dire chez l'adulte. On pourra en appliquer ensuite les conclusions à l'enfant.

Voici dans quel sens pourraient s'orienter les recherches :

— De nombreux individus ne se comportent pas dans la vie comme des « débilés » : ils *décident et agissent toujours comme il convient de le faire* ; leurs démarches sont adaptées ; ils sont loin d'être considérés comme des sots. Et cependant, l'analyse de leurs possibilités intellectuelles à l'état brut, révèle d'énormes lacunes.

Le total des résultats obtenus les met classiquement dans la zone dite de débilité.

En réalité, ce qui a été mesuré chez eux, c'est leur *niveau intellectuel*.

Ce sont des *débiles intellectuels*.

Mais cette débilité intellectuelle est corrigée par une autre « possibilité », qui fait qu'il ne s'agit pas de débilité mentale.

— Inversement, tel autre individu, qui se montre toujours en retard d'une décision exacte, agit constamment à contre-sens, et se fait taxer de maladroit et de sot, présente, à l'analyse, des facultés intellectuelles absolument intactes, et ne peut être considéré comme un débile intellectuel.

— C'est un *débile mental*, auquel manque la « possibilité » qui permet l'adaptation sociale. C'est bien lui que l'on peut appeler le débile, puisqu'il n'a pas saisi, *pas compris* — et qu'il n'a pas compris, parce qu'il ne l'a pas pu.

— Le point capital est donc bien cette distinction entre la *débtilité mentale* et la *débilité intellectuelle* — la première, toujours pleine de conséquences graves, toujours donc à prendre en considération ; la seconde, moins importante de beaucoup, parce qu'elle peut être corrigée. Si elle ne l'est pas, ses résultats fâcheux éventuels sont rapidement annihilés.

La débilité intellectuelle serait donc la faiblesse des facultés intellectuelles, sinon dans leur fonctionnement d'ensemble, du moins dans leurs résultats analysés.

La débilité mentale serait, pour rester près des mots et de leur sens, le *déficit de la mentalité*, cette dernière correspondant à *l'ensemble de la personnalité*. Toutes les constituantes de la personnalité jouent ici, en effet, — et, en particulier, *l'affectivité dans son ensemble*, dont la tendance, chez chaque individu, est de s'introduire partout où elle peut s'imposer et de teinter tous les processus de pensée, et toute l'activité.

— C'est parce que les tests classiques de débilité sont assez neutres pour permettre le maximum d'objectivation de la part du sujet examiné, qu'ils sont excellents pour mesurer la débilité intellectuelle.

Ceux qui doivent mesurer la débilité mentale devront avoir pour but, au contraire, par *l'évocation de notions sociales*, d'exacerber l'affectivité, afin que l'individu examiné soit à même de montrer comment il la refoule, et comment il la vaine.

— Nous sommes donc en présence de cette « possibilité » qui permet au débile intellectuel de n'être pas forcément un débile mental.

Il s'agit d'un état d'*assoupissement de l'affectivité* — soit assoupissement continu, et c'est *l'indifférence* (combien le débile

intellectuel indifférent se comporte moins sottement que le débile passionné !), — soit *assoupissement opportun* sur un mode plus ou moins conscient et volontaire, et c'est alors le *maximum d'intelligence vraie*. Soit donc de nature, soit parce qu'il l'évite, tel individu n'est pas un débile mental parce qu'il ne voit pas ses choix et ses décisions débordés par les manifestations intempestives de son affectivité. *Il décide sainement, il agit intelligemment.*

Tel autre qui ne peut contenir ses émotions et ses passions, agit continuellement à rebours. *C'est un débile mental. C'est le cas de bien des aliénés.*

— Il est curieux qu'il ne soit jamais question de l'affectivité dans les discussions à propos de la débilité mentale. Il est difficile de comprendre comment il est possible de décrire séparément, dans une séméiologie psychiatrique, les troubles de l'intelligence, et ceux de l'affectivité. Ni les uns ni les autres ne peuvent être purs, les manifestations affectives cherchant normalement à s'introduire partout. Ce sont elles qui, au départ de facultés intellectuelles saines, amènent à la *faiblesse du jugement*, à des perturbations graves du jugement, qui font du sujet un *infirmes du sens social*, toujours inadapté, un *débile mental*, prêt aux *idées prévalentes* et auquel il ne manque plus que l'installation de la croyance *pour délirer*.

— *Dumas* dit que les méthodes classiques qui mesurent l'intelligence de réaction ne peuvent mesurer l'intelligence spontanée qui s'oriente dans les situations réelles de la vie.

Ces situations, qui sont celles où intervient le jugement, sont les seules qui basent, à notre sens, un examen *utile* de l'intelligence.

*Jaspers*, dans sa Psychopathologie générale, insiste sur l'importance des connaissances obtenues *du milieu d'où vient le sujet, de celui où il vit* ; sur la nécessité de connaître le niveau moyen de la classe sociale à laquelle il appartient. Ces notions sociales qu'il s'agit de connaître, même pour les échelles immobiles et non adaptables de la mesure de la débilité intellectuelle, sont, en effet, capitales pour les épreuves de débilité mentale, puisqu'il s'agit d'épreuves mobiles permettant justement, aidé par les antécédents, de prévoir l'avenir du sujet, — *de faire vivre, en somme, toute une personnalité devant soi.*

En outre, ce sont ces notions du passé (éducation, milieu, mode de vie) qui viendront teinter les idées prévalentes auxquelles peut aboutir l'individu, trouble de l'affectivité, trouble du jugement, — débile mental.

Ces épreuves, comment les envisager ? Pour notre part, qui

ne nous sommes adressé jusqu'alors qu'à une seule catégorie sociale de malades (milieu ouvrier), nous avons imaginé une série de questions, mettant en jeu toutes les pulsions de l'individu, et évoquant toujours un cadre social, ou des contacts sociaux. La bonne réponse doit y être objective, — c'est-à-dire telle qu'elle serait si le dialogue était échangé entre deux amis, et sans public appréciateur, telle qu'elle serait fournie par la grande majorité des mêmes individus issus du même milieu. La mauvaise réponse est toute *imprégnée d'affectivité*, soit sous forme d'enthousiasme démesuré, soit sous forme de réprobation indignée. L'une ou l'autre traduit chez l'individu en cause un *trouble basal du jugement*.

Il faut ajouter que certaines de ces questions doivent être précédées d'une enquête minutieuse, pour que la réponse puisse être considérée comme valable dans un sens ou dans l'autre. Cette enquête permettra d'expliquer, sinon de légitimer, un débordement affectif brutal.

Voici, à titre d'exemples, quelques questions que nous posons volontiers à cette catégorie de malades, simples, dépourvus de préjugés et qui devraient y répondre directement et simplement :

1. « Il paraît que vous n'avez jamais eu de relations sexuelles? »

Deux types de réponse :

a) « Oh ! bien sûr que si ! »

b) « Je ne veux rien en savoir, je ne veux que des relations professionnelles avec les femmes. »

2. « Vous est-il arrivé de vous masturber ? »

La question est banale, car, considérant même que le sujet ne s'est jamais livré effectivement à la masturbation, on peut admettre que le fait de la masturbation, envisagé par un individu chez un autre, ne doit être taxé ni d'extraordinaire, ni de révoltant.

La réponse indignée, même si elle est influencée par des principes religieux et moraux tenaces, traduit une *méconnaissance affective du besoin physiologique*.

Il s'agit d'un trouble basal du jugement.

Ici encore, deux types de réponse :

a) « Quelquefois, — mais pas la peine, j'avais toujours ce qu'il me fallait. »

b) « Pensez-vous, docteur... Mais non, jamais je ne me serais livré à ce vice. »

3. « Auriez-vous désiré être un intellectuel ? »

Cette question met en jeu une possibilité d'ambition démesurée.

Deux réponses :

a) « Je suis très bien comme je suis. »

b) « Oui, autrefois, ...j'avais de l'argent, ...j'aurais pu être docteur, j'aimais bien la science. »

4. Quatrième exemple de question qui demande une enquête extérieure :

« Y a-t-il des Allemands dans votre famille ? »

Il s'agit auparavant de savoir si le sujet en question a eu, lui ou sa famille, à souffrir particulièrement de la guerre ou de l'invasion.

Même en dehors de toute considération de ce genre, voici deux types de réponses obtenues :

a) « Non... et puis après ? » Réponse excellente.

b) « Jamais de la vie. Ce serait déshonorant » (mimique et gestes de protestation indignée).

Cette dernière réponse traduit un évident manque d'acceptation de ce qui pourrait fort bien être, — et qui n'atteindrait en rien le sujet en question.

Le trouble du jugement, en tant que l'affectivité se heurte au fait, est patent.

Il y aurait donc là un questionnaire abondant à imaginer, à mettre au point, constituant des épreuves mobiles, transposables, adaptables — compte étant tenu du milieu et du genre de vie antérieurs.

Il s'agirait d'une investigation intermédiaire entre l'application des échelles classiques de mesure de l'intelligence (certes plus commodes et rapides à appliquer), et l'interrogatoire psychiatrique ; ce serait un essai de canalisation du fleuve de pensées qu'est le dialogue entre médecin et malade. Par cette canalisation, par ce rétrécissement imposé, le fleuve ne devient que plus rapide. Les réponses ne sont que plus explicites pour l'éclaircissement de la personnalité du sujet, et de ses possibilités mentales dans leur ensemble.

On peut y joindre — et cela dans tous les milieux — cette excellente épreuve qui consiste à annoncer brusquement une nouvelle à peine croyable, par exemple : « Il paraît que le Pape s'est suicidé. »

La réaction d'étonnement doit y être normalement immédiate, et appuyée par un scepticisme exprimé en mimique et en paroles.



Il peut arriver, au contraire, que le sujet ayant compris, accepte purement et simplement, et ne cherche pas à critiquer.

Il y a là la révélation, devant l'observateur, de la *tendance sub-délirante* du débile mental. Il s'agit d'une ébauche de formation expérimentale d'un délire. Et combien apparaît sombre de la sorte l'avenir possible d'un tel malade !

C'est un fait que, très souvent, nous avons obtenu de bonnes réponses de la part de malades, auxquels les tests classiques d'intelligence attribuaient un niveau de débilité intellectuelle, et qu'à l'inverse, le jugement était fort troublé chez des sujets dont l'analyse intellectuelle avait été satisfaisante.

Nous avons particulièrement étudié, de ce point de vue, certains sujets internés à l'occasion de réactions d'ordre médico-légal, — et dont les dossiers ne comportaient aucune indication relative à un mode de débilité quelconque, ou à des idées délirantes systématisées.

Chez ces « aliénés » surtout, les résultats ont été intéressants, montrant combien, quoique se trouvant loin de la débilité intellectuelle, il s'agissait de véritables débiles mentaux, à la frontière de la psychose délirante.

Tout dépend donc, en fin de compte, des critères adoptés :

Ou bien l'on adopte les *critères purement psychologiques* (possibilités actuelles des diverses facultés de l'intelligence) et les méthodes qui s'y rapportent. Il s'agit, à notre sens, d'un critère d'un intérêt restreint, puisque le défaut observé peut être corrigé par une adaptation affective ; ou, s'il ne l'est pas, il handicape assez sérieusement l'individu pour qu'il ne soit pas pris socialement en considération.

Ce critère mène à une *étude analytique*, statique, valable pour le moment présent, et sans vues sur l'avenir réel du sujet.

On fixe ainsi la *débilité intellectuelle*.

Si l'on adopte, par contre, le *critère social* (façon dont le sujet est susceptible de se comporter dans la vie en commun), on procède à une *étude synthétique*, ne se bornant pas à la fixation du moment présent, mettant en jeu les antécédents sociaux et psychologiques, *fouillant toute la personnalité*, en faisant apparaître la direction et le dynamisme dans l'avenir.

Il s'agit de la *débilité mentale*.

N'est-ce pas justement cette « débilité mentale » elle-même que l'on a sanctionnée par l'internement de la plupart de ces violents que nous avons examinés.

Quoique ne présentant pas de signes de psychose, ils sont susceptibles à tous moments d'en faire apparaître.

Débordants d'affectivité, troublés du jugement, inadaptés au milieu social, ils sont aptes à réagir comme des délirants, comme des aliénés.

Nous dirions volontiers, pour conclure, que la débilité mentale, *c'est l'aptitude fondamentale à délirer.*

**De la nécessité d'une définition standard du service ouvert,**  
par M. G. DAUMEZON

Il m'a paru nécessaire, à la suite de quelques constatations récentes, d'attirer l'attention de cette Société sur un problème d'ordre pratique à mon sens important : l'Assistance aux aliénés est l'objet, auprès du grand public, d'une propagande active et dont nous ne saurions trop nous féliciter. Articles de journaux, conférences, causeries radiophoniques, proposent au public un programme de défense en général trinitaire : asile — service ouvert — dispensaire, que chacun s'accorde à applaudir.

De ce programme, deux termes sont connus et ne peuvent entraîner aucune équivoque : l'asile (« j'ai regret que ce mot soit bien vieux aujourd'hui ») et le dispensaire. L'un est plus que centenaire. L'application intensive de l'autre instrument à la prophylaxie des fléaux sociaux a rendu familier son fonctionnement au public, tant laïc que médical. Par contre, le terme « service ouvert » recouvre une série de réalisations disparates et le but de cette communication est de protester contre cette variabilité.

Il n'est nullement dans mes intentions de critiquer les très louables efforts que des médecins, méritant souvent le titre de pionniers, ont pu entreprendre à la poursuite de la forme d'assistance idéale applicable aux psychopathes légers, je voudrais seulement attirer votre attention sur les dangers qu'un vocabulaire trop large peut faire courir à une nécessité de l'armement psychiatrique.

\*  
\*\*

Restreignant l'examen au cadre des établissements publics, essayons de voir ce que recouvre le mot « service-ouvert ».

J'ai visité naguère une clinique psychiatrique universitaire fonctionnant comme quartier d'hospice à l'égard des aliénés internés ; au cours de la visite on me montra divers malades, les commentaires médicaux étaient assortis d'une formule administrative : celui-ci est interné, celui-là est du service libre. Je ne

m'appesantirai pas sur l'appréciation juridique de cette pratique, il est possible que du point de vue médical elle présente des avantages...

Dans un autre établissement, que mon âge me permit de parcourir en compagnie d'un interne, celui-ci me désigna, dans le service ouvert, une malade qui s'étant évadée, avait été reconduite au service libre par les soins de la maréchaussée. J'appris que les recherches policières et la réintégration par les gendarmes de ces « non aliénés » étaient, en ce lieu, monnaie courante.

Il y a quelques temps, je me souviens avoir entendu de la bouche d'une malade, transférée d'un « service libre » annexé à un hôpital parisien, à Sainte-Anne, cette parole assez révélatrice : « Au moins ici, on est libre ! »

Voici un tableau assez homogène me direz-vous ? mais je vous signalerai alors le service libre de l'Etablissement Psychothérapique de Fleury-les-Aubrais, qui consiste en un hôtel parfaitement ouvert, dont la porte n'est fermée ni jour ni nuit, dont les malades *sortent quand bon leur semble*, ou le soin, même, de prévenir le médecin de leurs déplacements, est laissé à leur seul souci de politesse...

Vous trouveriez inutile et fastidieux un essai d'énumération toujours incomplète des formes de transition entre les services ouverts hyper-fermés auxquels j'ai fait allusion, et ce service hyper-ouvert. Mieux que moi vous savez qu'elles existent.

\*  
\*\*

Mais il n'est pas sans danger qu'une telle diversité soit recouverte sous la même appellation. De tendance forcément libérale, le public s'indignera de la tromperie, du piège qu'il prétendra voir dans le service ouvert. Soyez sûrs que d'ici peu la grande presse retentira de quelques scandales de séquestration dans les prétendus services libres. Forts de la tradition de raillerie ou de critique acerbe qui nous assaille depuis que la psychiatrie existe (depuis que la médecine existe devrais-je dire), ces algarades nous toucheront peu.

Ce qui est plus grave, ce sont les germes de discussion, de tiraillements, de malentendus entre confrères. Divergences propres à ébranler la confiance du malade et de sa famille dans le médecin. Ces difficultés ont pour origine les indications différentes du service ouvert et de l'Asile, selon qu'on envisage l'une ou l'autre conception. Je vous en citerai des exemples : Récemment, un médecin adressa à Fleury une démente précoce, simple,

docile, mais fantasque, non dangereuse certes, mais exigeant une surveillance, incapable de supporter sans inconvénient le régime de parfaite liberté de notre service. Au grand scandale de la famille, nous la plaçâmes au pensionnat de l'asile en service fermé. « Trahison, nous dit-on, le Docteur a assuré qu'on pouvait la mettre en service libre ! » En fait, le confrère rompu à la pratique des services ouverts parisiens, aux portes rigoureusement closes, proposait une mesure raisonnable, mais inapplicable à Fleury, étant donnée la formule pratiquée chez nous. Administrativement, le conflit fut vite réglé, mais c'est la malade qui en supporta les conséquences ! ! ... Un incident analogue se produisit à propos d'une démente sénile.

À l'inverse, j'ai vu un médecin déconseiller formellement le service libre « où le malade se trouvera en contact avec de grands aliénés » (*sic*), il s'agissait d'un confrère formé à l'école de ces services mixtes où internés et psychopathes libres se coudoient. Vérité à Paris. Erreur à Orléans. Hérésie à....

Lorsqu'une mesure aussi grave que l'internement ou le placement en service libre se pose pour un sujet, l'unanimité médicale doit pouvoir être obtenue. La définition anormalement extensive du terme de service ouvert est une source de graves malentendus, dont l'assistance aux psychopathes souffrira gravement tôt ou tard.

Et je ne parle pas de l'épineuse question de la protection des biens ! Il existe en cette matière des règles juridiques précises qui m'obligeraient à adopter une position critique que je veux m'interdire.

Toutes ces questions seraient certes tranchées (du moins il faut l'espérer) si intervenait la révision de la loi de 1838... Mais d'ici là, nos principes peuvent sans doute varier... En attendant, une terminologie précise peut prévaloir entre médecins.

\*  
\*\*

Nulle autorité ne pourrait mieux que cette Société trancher le débat en donnant au service libre une définition stricte, absolue, non équivoque. Mais si chaque praticien reste attaché à sa formule, refuse d'y toucher en attendant la nouvelle loi, il est facile de convenir d'une échelle « d'ouverture » (qu'on excuse ce terme), de façon à ce que tout un chacun, et surtout les médecins, puisse, en face d'un service, savoir à quoi il a affaire, comment y sera traité et surveillé un malade, à quelles conditions il pourra sortir et vaquer à ses affaires.

L'isolement du milieu par le placement en service ouvert est une thérapeutique. Les médecins ont titré les thérapeutiques biologiques, ils arriveraient, à moins de frais, je l'espère, à « titrer » aussi cette médication sociale.

M. COSSA. — L'actualité de cette communication est grande, car tout récemment le Directeur d'une Maison de Santé a été condamné, non pas pour avoir gardé dans sa maison une personne saine d'esprit, mais pour avoir gardé une personne aliénée dans une maison non soumise à la loi de 1838. Ce qui lui est reproché, c'est non pas d'avoir attenté à la liberté de quelqu'un, d'avoir fait un internement injustifié, c'est d'avoir pratiqué un internement hors de l'endroit légal.

M. RAYNEAU. — Je trouve stupide le terme service ouvert. Il faut pouvoir traiter rapidement celui qui a besoin d'un traitement. A Fleury-les-Aubrais que j'ai créé, je recevais dans le même Pavillon les malades internés et les malades non internés, mais je les inscrivais sur des registres différents. Les internés étaient inscrits sur le registre de la loi ; les autres l'étaient sur un registre spécial. Cette distinction suffisait à ne pas confondre les vrais aliénés et les simples psychopathes.

Cette disposition établie avant la guerre ne fut pas du goût d'un envoyé du ministère qui me blâma de violer la loi en ne pratiquant pas les mêmes formalités pour tous mes malades, mais me félicita de soigner ceux dont elle n'avait pas prévu le traitement.

M. Xavier ABÉLY. — C'est être présomptueux que de vouloir définir le service ouvert. Cette présomption, nous l'avons eue, Baruk et moi, et nous sommes arrivés à cette définition que le service ouvert est un service où l'on n'emploie aucun moyen de contention. Or, comme on emploie ces moyens dans les services qui se disent de pré-internement, cette définition ne leur convient pas.

Aux termes de l'article 431 du code pénal, toute détention d'un individu quelconque sans autorisation de l'autorité publique est punissable. Et la punition peut aller de la simple amende et du simple emprisonnement jusqu'à la peine de mort en passant par les travaux forcés.

M. FERDIÈRE. — Je ne ferai à M. Daumézon qu'un seul reproche d'ordre terminologique : l'emploi du mot asile qui doit disparaître du vocabulaire.



M. Ach. DELMAS. — Mon maître Gilbert Ballet demandait que l'internement fût une mesure appliquée à l'individu et non un séjour dans un établissement spécial. D'après lui, aucune formalité pour l'entrée des malades dans un établissement hospitalier quelconque. Mais formalités légales exigées pour la sortie de certains d'entre eux considérés comme dangereux, c'est-à-dire pour les protestataires. De la sorte, la liberté individuelle était sauvegardée.

De toutes façons le service ouvert ne doit comporter aucun moyen de contrainte. Il ne doit pas être fait pour des malades aigus, mais pour des malades paisibles. De la sorte les petits mentaux dont la loi de 1838 ne prévoit pas l'assistance, iront volontiers s'y faire soigner et n'en ressortiront pas terrifiés avec la vision d'enfer qu'ils en rapportent actuellement pour avoir vu et entendu protester et gémir ceux qui y sont retenus contre leur gré.

M. SIVADON. — Les colonies familiales présentent des conditions paradoxales. Les colons légalement parlant sont des internés à l'égard de qui la loi de 1838 a joué. Et ils vivent en réalité en pleine liberté, demeurant en dehors de toute enceinte définie.

M. VIÉ. — Si leur fondateur Auguste Marie n'a pas demandé la suspension des prescriptions de la loi de 1838 à leur égard c'est pour qu'ils bénéficient des mesures qu'elle édicte concernant l'administration de leurs biens.

M. Georges DEMAY. — On pourrait consacrer une prochaine séance de la Société à la discussion de cette question des services ouverts.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — En effet, c'est ce que nous ferons.

**Appel en faveur d'un musée psychopathologique,**  
par MM. Jacques VIÉ et Gaston FERDIÉRE.

Nous venons présenter devant la Société un appel en faveur de la création d'un Musée psychiatrique, et plus particulièrement psychopathologique.

L'idée n'en est pas neuve, mais sa réalisation qui se fait encore attendre nous paraît susceptible de rendre service à toute une série de travailleurs. Déjà au Congrès de Dijon, en 1908, Pailhas (d'Albi), exposait un « projet de musée des manifestations artistiques des aliénés ». Sa voix n'a pas été entendue. A l'étranger

existent des institutions de ce genre, notamment en Suisse, à la Waldau (Berne), où sont groupées les collections de la Société Suisse de Psychiatrie. En Allemagne, Weygandt à Hambourg, Wilmanns avec la collaboration de Prinzhorn à la clinique de Heidelberg, ont réuni d'importants ensembles. En Italie, Tamburini avait créé à l'Institut de Reggio un Musée historique et un Musée d'anthropologie psychiatrique. A New-York, un Musée a été prévu dans l'organisation de l'Institut psychiatrique ouvert en 1930.

En France, beaucoup d'entre nous recueillent les productions artistiques ou littéraires de leurs malades. De ces collections privées sont issus les intéressants ouvrages de Rogues de Fursac, de Vinchon, de Réjà, les expositions si suggestives d'art morbide qu'organisait Auguste Marie, et tant de documents parfois de premier ordre, épars dans bien des livres et bien des revues.

Mais ces efforts restent isolés ; les matériaux qui leur ont servi de base sont appelés à la dispersion. Le seul intérêt artistique préserve ces œuvres de la destruction systématique et les fait orner tel cabinet médical, tel bureau de directeur, voire tel appartement privé... Plus tard, le hasard les éparpille et c'est infiniment regrettable. Les chercheurs ne peuvent avoir que des vues partielles sur des séries limitées et rarement étudier par eux-mêmes les pièces originales qui ont servi aux auteurs précédents.

De nos jours, le point de vue esthétique passe au second plan. Les productions des psychopathes intéressent surtout en raison de leur valeur documentaire : elles apportent un témoignage objectif du comportement général du malade, soit dans sa vie extérieure, soit dans le milieu réduit des colonies familiales ou dans l'ambiance artificielle et si spéciale des hôpitaux psychiatriques. Elles ne valent pas tant comme traductions pittoresques du délire que comme indices du désordre des fonctions.

De plus en plus, on cherche à déterminer les capacités vitales du malade, on s'adresse de plus en plus à la partie demeurée saine de son psychisme. Il s'agit dans ce but d'enregistrer les *techniques morbides* et les altérations que la maladie impose aux techniques normales. Plus qu'une collection de curiosités, le Musée auquel nous songeons serait un *répertoire de tests* spontanés ou dirigés, un recueil de « *documents humains* ».

Nous y verrions les œuvres les plus diverses d'aliénés, d'intoxiqués, de psychopathes, d'enfants anormaux : livres, lettres, écrits de toutes sortes, dessins, peintures, sculptures, découpages, broderies, instruments et compositions de musique, appa-

reils d'aliénés inventeurs, accessoires vestimentaires, etc... On pourrait établir des reproductions photographiques ou des clichés d'œuvres non transportables, étrangères et constituer une discothèque. M. Courbon a montré ici même récemment tout l'intérêt de l'enregistrement phonographique.

Si le nom d'Archives n'était pas étroitement spécialisé par l'usage, il conviendrait mieux que celui de Musée à l'institution de nos vœux. Nous la souhaiterions vivante, utile et active à la façon d'un *laboratoire* ; nous voudrions en faire un instrument de travail, accessible non seulement aux médecins, mais aux psychologues, aux sociologues, aux ethnographes, soucieux de comparer le monde des psychopathes au monde des primitifs, au monde des enfants.

Les dossiers psychopathologiques — rendus anonymes — des auteurs morbides, les ouvrages concernant ces questions, un jeu de fiches et de références bibliographiques complèteraient les collections.

C'est là, nous semble-t-il, un rêve qui n'a rien de chimérique, qui ne nécessiterait que des frais minimes, surtout un petit local. Dans quel cadre, sous quel patronage pourrait-il prendre corps ? Tout en faisant appel à la bonne volonté de nos collègues, nous désirons avant tout connaître leur opinion, tirer profit de leurs critiques et de leurs suggestions ; nous serions en tout cas heureux de les voir accueillir favorablement le projet que nous venons de leur exposer dans ses grandes lignes.

### Un cas de travestissement, par M<sup>me</sup> MASSON.

Les autobiographies de travestis sont très rares dans la littérature assez riche concernant le travestissement : nous ne connaissons, en France, que celles de Legludic, de Lauppts et de Vachet, et, en Allemagne, celles de Moll, de Kraft-Ebing et de Hirshfeld. Celle que nous publions nous paraît d'autant plus intéressante qu'elle contient une analyse psycho-pathologique très fine. Ecrite par une personne nantie d'une solide culture générale, malgré des notions médicales forcément sommaires, elle se passe de longs commentaires. Elle comporte un certain nombre d'éléments classiques : début dès l'enfance, élément héréditaire résultant vraisemblablement en partie de troubles endocriniens discrets, erreurs d'éducation, complexe d'infériorité ; elle ne révèle pas de tendance homosexuelle avérée. Nous la publions presque intégralement, mais en supprimant, sur désir

de l'intéressé, les détails qui pourraient permettre éventuellement de le reconnaître.

1) *Etude chronologique.* — Jean est le plus jeune de 4 enfants. Sa famille appartient à la petite bourgeoisie provinciale et à un milieu des plus austères. Sa première jeunesse fut des plus malades. Il fut tellement fragile, tellement chétif que, dans sa famille, tout le monde l'appelait « la fille » et lui parlait au féminin. Il avait alors 3 ans et cette habitude dura bien jusqu'à ce qu'il eut 14 ou 15 ans. Il est impossible de dire s'il prenait plaisir à être appelé ainsi, mais il est à remarquer qu'à l'encontre de tous les petits garçons de son âge, jamais il ne se révolta, sinon quand il était traité ainsi devant des étrangers. Son intelligence très précoce lui faisait déjà apprécier tout l'avantage qu'il avait à être appelé et traité comme une fillette, car c'était autant de douceur et de délicatesse dont il avait à bénéficier. Il ne montra pas de goût particulier pour les amusements violents, mais assez tard il préférait les jeux de poupées et de petites ménagères.

Il était à peine âgé de 7 à 8 ans qu'il s'était forgé de toute pièce une conception tout à fait chimérique des différences physiologiques qu'il y a entre un garçon et une fille, entre un homme et une femme. Il avait acquis cette conviction que l'on était fille, l'on était femme si on naissait et grandissait avec les traits fins et délicats, avec des goûts pacifiques et plus raffinés. Et inversement, on était garçon, on était homme si on naissait avec des traits opposés. Jamais il ne lui vint à l'esprit que le corps de l'un et de l'autre sexe différerait de façon aussi complète. Aussi s'étonnait-il beaucoup que, étant frêle, chétif et délicat, essentiellement doux et pacifique, appelé et traité en fillette, il ne soit pas habillé en fillette et qu'il ne soit pas destiné à être plus tard une femme. Cela l'étonnait d'autant plus que sa sœur (deuxième par rang d'âge) était éminemment garçonnière, batailleuse, brutale et volontaire, recherchant la compagnie et les jeux des garçons et ne cachant pas qu'elle aurait infiniment aimé en être un. Dans sa petite cervelle, Jean ne pouvait s'expliquer l'erreur et la confusion de ses parents le considérant comme un garçon alors qu'il avait tout d'une fille et considérant sa sœur comme une fille alors qu'elle avait tout d'un garçon.

Il avait à peine 6 ans qu'il recherchait déjà dans les lectures inoffensives qu'on lui laissait entre les mains les histoires où un garçon, où un homme revêtait les vêtements d'une fille, d'une femme. Aussi loin que ses souvenirs le lui permettent, il semble que sa première trouvaille fut, dans cet ordre d'idée, une image d'Epinal où on représentait un petit garçon puni et que l'on avait obligé de revêtir une robe de sa sœur. Et Jean s'étonnait que cela fût considéré comme une punition au lieu d'une récompense. Et il s'attardait complaisamment sur la gravure représentant ce petit garçon pleurant de honte sous la robe quadrillée (il se rappelle ce détail) de sa sœur. Un jour, il avait peut-être 7 ou 8 ans, il parvint à se donner l'illusion de porter des

robes en s'affublant de divers tabliers de cuisine de sa grand-mère, dans une penderie. Il s'attardait aussi à lire dans un magazine une histoire de la danse de théâtre où il était dit qu'avant Louis XIV, les danseuses d'opéra étaient tout simplement « des danseurs travestis portant robes et atours ». La phrase exacte est restée gravée dans sa mémoire. Il avait bien 13 ou 14 ans qu'il croyait toujours que les hommes et les femmes étaient bâtis de la même façon (jamais il n'avait eu l'idée de s'expliquer la présence de la barbe chez les hommes !) et le sentiment vaguement érotique qu'il pouvait déjà éprouver à la vue d'une femme ou d'une jeune fille était uniquement basé sur l'envie qu'il éprouvait à se représenter ayant la toilette, la coiffure, la ressemblance de telle ou telle femme élégante qu'il estimait parfaitement avoir pu être si ses parents eussent eu l'idée de lui laisser pousser ses cheveux et porter des robes dès sa naissance.

A 12 ans, au cours d'une représentation théâtrale privée de tous rôles féminins, il eut un petit personnage à jouer et fut désigné pour danser le menuet. Un coiffeur du pays vint dans les coulisses lui adapter une belle perruque bouclée descendant jusque sur les épaules. Il fut aussi copieusement maquillé pour résister aux feux de la rampe. Comme il sortait des mains du coiffeur, il se trouva, dans les coulisses, face à face avec une grande glace qui lui renvoyait son image. Il eut un véritable coup de sang en constatant que ce maquillage et cette perruque lui donnaient l'apparence d'une très jolie fille et il en éprouva une émotion érotique véritablement indéfinissable mais immense, la première aussi vive et aussi troublante. Cette émotion s'éternisa même et s'intensifia quand, dans la salle où il fut chargé de faire la quête, il entendit complaisamment les réflexions qu'il provoquait sur son passage : « Quelle jolie marquise il aurait fait si on lui avait mis une robe ! » — « Il est bien plus jolie fille que sa sœur ! », etc.

Tendance narcissiste indiscutable et scène capitale dans son évolution sexuelle car il en évoque encore complaisamment les détails et la mystérieuse émotion.

Ce n'est que fort tard qu'il fut enfin éclairé sur les différences physiologiques d'un sexe avec l'autre. Mais le pli était pris... C'est à 21 ans seulement qu'il fut initié à l'amour par une femme de la rue et il a conservé de cette étreinte vénale un souvenir honteux et infiniment décevant.

Il fréquentait alors un ami de collège jouissant d'une assez grande liberté et qui aimait beaucoup à se travestir en femme, mais uniquement dans un but de mystification et de grosse rigolade. Il n'avait pas, lui, assez de liberté pour pouvoir suivre cet ami dans ces travestissements. Jean avait déjà dans sa petite caisse de la caserne les photos de son ami en travesti et aussi du fameux transformiste d'avant-guerre, *Bertin*. Aucun sentiment trouble ne l'effleura concernant cet ami aimant le travesti, mais uniquement un immense désir de pouvoir faire comme lui.

Blessé après quelques mois de guerre, il revint au dépôt de son régi-



ment au sortir des hôpitaux et là il fit la connaissance d'un petit trottin fort élégant et raffiné. Liaison presque exclusivement sentimentale et qui dégénéra en liaison littéralement saphique, la petite amie en question se plaisant aux « bagatelles de la porte » et s'amusant infiniment dans ces moments là à faire revêtir à Jean sa petite chemisette à dentelles.

.....Il souffrait dans son amour-propre quand il devait improviser toujours et toujours des prétextes pour ne pas accepter d'aventures galantes avec les amis qu'il avait retrouvés. Cela pour ne pas être ridiculisé par un échec que ces amis là auraient pu apprendre. Un jour, il dut trouver l'excuse éminemment paradoxale d'une maladie vénérienne qu'il avait soi-disant contractée pour éviter d'être ridiculisé dans une maison de rendez-vous où il avait dû suivre une bande d'amis fêtant l'enterrement de la vie de garçon de l'un d'eux.

Enfin, il fit la connaissance d'une jeune fille d'une grande beauté, orpheline, gagnant sa vie comme employée de bureau. Après une très loyale et complète explication où Jean exposa son incapacité (qu'il imputa à la guerre) et où la jeune fille exposa une petite liaison qu'elle venait de rompre, Jean décida d'épouser celle qu'il venait de choisir. Sa famille, ignorant tout de ce drame intime, se dressa tour à tour avec violence contre ce projet. Mais Jean fut intraitable. Après un an de lutte, le mariage eut lieu. Depuis, jamais un nuage n'est venu assombrir ce foyer, jamais, même par la plus petite allusion, on ne revint sur cette explication loyale préalable. Une infinie délicatesse, une sentimentalité très douce, très profonde, une bonne humeur réciproque, une immense bonté mutuelle font de ce ménage un modèle qui excite la jalousie. Stimulé par cette présence si gracieuse et si encourageante, Jean améliora sa situation en faisant preuve d'assez d'audace et en risquant divers postes où il réussit brillamment au point d'avoir, depuis 5 ans, une brillante situation.

Qu'était sa vie sexuelle depuis son mariage ? Un compromis heureux où, comme jadis avec la petite amie, les « bagatelles de la porte » tiennent la plus grande place, où les caresses de caractère saphique et l'aide mutuelle et artificielle crée chez l'un après l'autre le spasme côte à côte. La femme de Jean n'a pas tardé à connaître le désir obstiné, le désir immense qu'il a de revêtir des vêtements féminins, mais elle ne lui permet pas de le satisfaire de peur de le trouver ridicule. D'ailleurs, elle a pour lui une véritable aversion physique quand, une fois ou deux, il s'est présenté devant elle sans moustache. Aussi Jean, connaissant l'extrême féminité et le raffinement extraordinaire concernant le moindre détail physique, vestimentaire, verbal, sentimental ou autre de sa femme, se garde bien de tenter avec sa moustache une expérience désastreuse de travestissement devant elle. Plusieurs fois elle lui a dit : « Quand tu me vois en joli déshabillé, ce n'est pas moi que tu aimes et qui te rends fou, ce sont mes parures ! » Mais, comme elle est extrêmement coquette, cet aveu ne peut être considéré comme un réel reproche. Il n'y ajoute donc pas une impor-

tance exagérée. Cependant, dans les moments d'intimité, elle est trop fine pour ne pas s'être rendu compte que si elle abonde dans le sens de Jean et de sa passion pour le travestissement, Jean s'en trouve de suite plus affolé et sa virilité plus vigoureuse. Aussi, depuis quelques mois, ne se fait-elle pas faute, dans ces moments-là, de lui parler comme à une fillette et de décrire complaisamment de somptueuses et imaginaires toilettes dont elle le revêt, en paroles tout au moins. A noter cependant que jamais elle ne manifeste la moindre tendance masculine, ce qui déplairait d'ailleurs formellement à Jean.

Depuis 10 ans, Jean recherche les livres (qu'il ne fait que lire et ne peut conserver) et les gravures et portraits traitant de travestis, dont les seuls travestis d'homme en femme retiennent son attention. Ainsi, depuis la fin de la guerre, il a pu rassembler une collection considérable de portraits dont sa femme ignore l'existence et qu'il n'a montré à personne ou presque personne. Sa collection d'avant-guerre fut brûlée volontairement au moment de la mobilisation.

Depuis 5 ans qu'il voyage en auto, il a une valise spéciale où il transporte de quoi se travestir complètement ; et, souvent, le dimanche, dans sa chambre d'hôtel, il passe la soirée entière sous le costume qu'il a toujours tant désiré.

2) *Etude psychologique.* — Jean fut un enfant précoce d'intelligence, de sensibilité, d'émotivité comme souvent le sont les enfants maladroits. Il semble qu'on puisse signaler deux faits de travestissement dans sa famille. Son père, extrêmement émotif et violent, avait eu un grand succès avant son mariage comme acteur amateur. Il avait poussé un peu bien loin, semble-t-il, la conscience professionnelle en apprenant auprès de sa mère à tricoter pour jouer un rôle de vieille concierge dans une comédie où son succès fut immense. D'autre part, il semble bien que, puisque la nature s'est trompée en donnant à la sœur aînée de Jean des tendances très nettement masculines (recherche des rôles d'homme dans les représentations d'amateurs ; manque complet d'élégance et de coquetterie ; recherche des jeux violents des garçons (escrime, alpinisme), après les jeux de billes, de toupies de l'enfance ; célibat actuel avec soupçons de relations saphiques, etc.), il apparaît qu'elle pouvait bien commettre, deux ans plus tard, une erreur inverse avec Jean.

Si on a abusé du terme « refoulement » il apparaît bien que jamais il ne s'appliqua mieux qu'à l'adolescence de Jean. La naissance véritablement invraisemblable de sa première émotion érotique, purement narcissiste, est là pour le prouver (voir récit de la représentation).

Il fut un élève brillant jusqu'à ce moment et l'éveil de ses sens pour une vie d'ipsation quotidienne et sur des données aussi faussées semble avoir complètement freiné son évolution intellectuelle. Dès l'âge de 12 ans, ce fut un cancre dilettante. Sa nonchalance malade, mais d'une douce obstination, lui valurent d'innombrables punitions de ses maîtres plutôt que de ses parents, car s'il était indolent et paresseux, dans sa famille on mettait tout cela sur le compte de sa santé.

A 16 ans, on le changea de collège et on le mit interne loin de sa famille. Il se trouva alors dans une ambiance toute nouvelle et imprégnée d'une extraordinaire culture artistique et surtout musicale. Ses dispositions et ses sérieuses connaissances musicales attirèrent l'attention de ses nouveaux maîtres et l'admiration flatteuse de ses camarades. Aussi, malgré l'âge, ce fut pour lui un dérivatif puissant, si bien qu'il passa deux années presque sans ipsation et marquées par de brillants succès littéraires.

A noter que, jusqu'à l'éveil de ses sens (représentation), il avait une très belle mémoire, mais qu'à dater de cet événement et des conséquences physiques qui succédèrent, il souffrit beaucoup et souffre encore d'un grand manque de mémoire, sauf pour la mémoire visuelle.

Dans ce dernier collège, Jean eut des maîtres d'une puissante personnalité qui insistaient essentiellement sur la formation du caractère, et il fut la pâte la plus malléable qui soit entre leurs mains. A sa personnalité psychologique initiale et vraiment naturelle vint alors progressivement non pas se substituer, mais se superposer, une personnalité nouvelle acquise et imposée. Cette personnalité nouvelle et qui se caractérise par un flegme plus ou moins grand, par une patience à toute épreuve, par un raisonnement un peu sceptique et une grande indépendance d'esprit, par une pondération qui commande à tous les actes et à tous les jugements, est venue se superposer à la personnalité naturelle de Jean et qui se caractérise par une grande sensibilité, une immense émotivité, une facilité extrême à se vexer ou à s'enthousiasmer, par une tendance malade à tout transporter sur le plan sentimental.

Le temps n'a fait que développer ces deux personnalités dont l'une ou l'autre domine, suivant les circonstances, à moins qu'en temps normal, un dosage heureux de l'une et de l'autre lui crée en somme une troisième personnalité psychologique qui, pour manquer un peu de naturel, n'est pas la moins désagréable.

En face d'une femme qui l'émeut, dans un concert où une partition le trouble, dans l'intimité avec ceux et celles qu'il aime, il est le Jean primitif, c'est-à-dire émotif, frémissant, facilement porté aux extrêmes, à l'enthousiasme comme à la haine, mais aussi il est peureux, timide à l'excès (rougeurs) et privé de toute éloquence et de tout esprit en face d'une femme. En somme, c'est sa nature féminine qui domine. En 1916, un Anglais graphologue découvrit dans son écriture qu'il était « de tempérament beaucoup plus féminin que masculin ». Sa belle-sœur, auprès de qui il vit une partie de l'année, personne d'une grande féminité, et travaillant dans les bureaux d'une grande administration, lui déclare en toute sincérité « qu'il est beaucoup plus femme que toutes les femmes auprès de qui elle travaille ». Pendant la guerre, au moment du danger immédiat et intense, il devint une loque physiquement et moralement.

Mais dès qu'il se trouve dans un milieu d'affaires, il devient quelqu'un de remarquable par l'équilibre de ses facultés, par le sang-froid de ses réactions, par la justesse de son raisonnement.

En quoi consiste en somme le plaisir et le désir ardent qu'il éprouve pour le travestissement féminin ? Il aime tant les femmes qu'il en voudrait être une, dit-il facilement. Son plaisir réside uniquement dans la joie de revêtir de beaux et fins atours et il en éprouve déjà la joie à les contempler sur un mannequin dans une devanture ou sur le corps d'une femme. Il ne s'y mêle pas la moindre idée de pouvoir plaire à un homme. S'il recherche le spectacle ou la photo d'hommes vêtus en femme, c'est uniquement pour pouvoir constater comme il serait heureux, comme il aurait été heureux de pouvoir faire comme eux, surtout quand il était plus jeune et que son visage et sa silhouette étaient si féminins.

A noter qu'aucune tendance masochiste ne vient s'ajouter à ce désir permanent de travestissement. Sans doute, et dès qu'il prit naissance, ce désir se trouva cristallisé littéralement sur le port du corset. Mais il faut bien noter qu'à ce moment là, la silhouette féminine était caractérisée par la taille très fine et qu'en somme, au moment où naquit en lui le sentiment érotique, la féminité pouvait être synthétisée par la taille fine. Aussi, vers l'âge de 10 ans, il parvint plusieurs fois, en cachette, à pouvoir revêtir un corset de sa sœur et n'éprouva aucune volupté à se sentir serré, mais bien à constater devant une glace, ou avec ses mains, ou même à la flamme d'une lampe qui reflétait sa silhouette féminisée contre un mur, qu'il avait enfin la taille fine, la taille d'une femme et qu'ainsi n'importe quelle toilette pourrait parfaitement lui aller.

Maintenant, il est obsédé par l'idée de réaliser son travestissement de plus en plus souvent, ce qui l'apaise mais aussi parfois fait naître en lui une certaine amertume qui semble le pousser à une réelle neurasthénie. Il redoute qu'un jour, sa situation évoluant et l'obligeant à vivre constamment dans son foyer, il ne puisse plus se permettre ce dérivatif.

Mais surtout, il est obsédé par ce dilemme :

S'il cède de plus en plus souvent à cette tendance au travestissement, ne risque-t-il pas de la développer encore plus ? Et s'il la développe de plus en plus, ne risque-t-il pas un scandale qui lui fera perdre son bonheur conjugal si parfait, si profond, sa très brillante situation et, qui sait, sa santé, sa raison ?

3) *Portrait de Jeannette.* — En ce moment Jeannette est assise devant une armoire à glace. Elle écrit gentiment à la machine. Ses mains aux ongles discrètement teintés frappent sur le clavier tandis qu'à son poignet deux bracelets en métal inoxydable tintent et semblent l'énerver délicieusement. Elle porte un joli kimono japonais aux teintes multicolores et dont la grande bande noire mate du col fait ressortir le maquillage ocré de son visage. On pense à une élégante et raffinée petite bourgeoise de 35 ans et qui ne manque pas d'un certain charme avec ses cheveux châtons foncés roulottés sur sa nuque et deux pendants qui accusent l'ovale de son visage où se reflète une réelle douceur. Raffinée, elle l'est aussi par le reste de sa toilette dont elle n'a

pas manqué de surveiller tout à l'heure avec complaisance l'ajustement : parure mauve en toile de soie et dentelles et entre-deux ocre, laissant apparaître les proportions heureuses de son buste littéralement gainé dans un long corset rose. Le tout est délicieusement voilé par une très courte combinaison en dentelles transparentes noires. Longs bas de soie gris souris et chaussures décolletées à haut talon complètent cet ensemble dont elle serait très heureuse de pouvoir vous adresser une photo.

Cette observation, la plus typique de celles que nos publications antérieures nous ont procurées, se superpose donc, malgré la rareté de la présentation autobiographique, à la plupart des observations connues, non seulement en ce qui concerne les éléments que nous avons rappelés au début de ce court exposé, mais aussi en ce qui concerne l'étude du caractère des travestis. Une légère vanité, des tendances imaginatives très poussées et le développement progressif d'une sorte d'état de besoin en sont les éléments principaux et à peu près constants.

Le travestissement, ne s'accompagnant pas de troubles psychiques véritables (sauf la présence fréquente d'un élément obsessionnel), paraît déborder du cadre de la psychiatrie ; mais, outre que des noms glorieux de notre psychiatrie sont liés à son histoire, la connaissance de ces troubles de la sphère psychosexuelle intéresse doublement le psychiatre, et pour pouvoir discerner les éléments irréductibles éventuels dans un état psychopathologique surajouté, et pour résoudre certains problèmes médico-légaux dont il peut être appelé à connaître dans son activité extra-asilaire.

#### **Un an d'application des méthodes de Sakel et Von Meduna, par MM. COSSA et BOUGEANT (Nice)**

Nos premiers essais de coma insulinique datent de 1936. Entrepris sur les seules données techniques d'articles de journaux, ils nous avaient conduits à surestimer les dangers de la méthode, et à abandonner celle-ci.

Au cours d'un voyage d'études en Autriche, l'un de nous, généreusement accueilli par le P<sup>r</sup> Pötzl et par MM. K. Dussik, Redlier et Mlle D. Galiss, que nous tenons à remercier, a pu corriger ce que ce jugement avait de péjoratif. Nous avons pu ainsi nous convaincre que les échecs et les accidents observés par nous provenaient d'erreurs de technique (en particulier de l'emploi d'une



insuline défectueuse). Nous avons donc utilisé de nouveau, mais cette fois avec une technique plus sûre, la méthode des comas insuliniques, à partir du mois de janvier 1938. Nous avons eu également recours, depuis le printemps de la même année, à la méthode de von Meduna, pure ou combinée à la précédente suivant le principe de Georgi. Notre expérience commence à être assez grande : nous avons traité durant l'année 26 malades, dont le traitement est achevé, et sur lesquels nous avons provoqué et surveillé *par nous-mêmes* 1.200 chocs insuliniques (soit utilisation de 62.760 unités cliniques d'insuline) et 285 crises au cardiazol. Nous avons en outre, en cours de traitement, une quinzaine d'autres malades dont nous ne parlerons pas ici.

L'étroitesse du cadre ne nous permet malheureusement pas de publier ici les observations. Disons seulement que, outre un examen psychiatrique et somatique complet (1), pour tous nos malades, on a recherché les taux de l'urée sanguine, de la glycémie, du cholestérol et de la bilirubine ; chez la plupart, un examen du liquide céphalo-rachidien a été pratiqué ; chez tous ceux dont l'état cardioartériel donnait lieu à suspicion, on a recouru à l'électrocardiographie. Conformément aux « règles provisoires » de Pötzl et Frostig, nous avons synthétisé nos résultats dans un tableau établi suivant le modèle autrichien.

Nous classons nos malades et nos résultats en deux groupes. Les uns ont été traités, à la clinique, suivant la technique orthodoxe de Sakel et avec la même insuline (9), ou suivant la technique mixte de Georgi (10) consistant en un choc insulinique vrai coupé par une crise au cardiazol. Les autres (7) ont été traités à l'Hôpital dans le service de *Neurologie* de l'un de nous. Le choix des malades, et les circonstances matérielles nous ont ici conduit à une méthode différente : crise au cardiazol après simple sensibilisation par une petite dose d'insuline (20 unités en général) injectée deux heures avant. Cette technique, sans provoquer de véritable choc insulinique, facilite la crise au cardiazol ; elle en diminue le caractère pénible ; elle permet de diminuer la dose d'analeptique.

Beaucoup d'auteurs ont repris en des monographies successives les principes, la technique, les manifestations cliniques du choc insulinique ou du choc au cardiazol. Nous nous contenterons d'un bref commentaire de ce qui nous est personnel.

I. — *Les malades.* — Notre statistique actuelle porte sur 26 malades.

A. Sur ce nombre, 20 étaient de grands malades :

1) 12 schizophrènes indéniables :

- 2 déments précoces catatoniques ;
- 6 déments précoces hébéphréniques ;
- 4 délires paranoïdes ;

2) 3 maniaques ou mélancoliques, mais chez lesquels les modalités de l'évolution et l'existence de signes de dissociation indiquaient la tendance schizophrénique.

3) Un cas curieux de délire brutal, à type délire aigu, mais avec association de signes de la série schizophrénique, chez une tuberculeuse pulmonaire traitée par pneumothorax. Ici, c'est la gravité du cas qui nous a conduits à la thérapeutique (obs. 12).

4) Quatre maniaques ou mélancoliques. Nous avons été amenés à employer le Sakel dans ces cas :

— la première fois (obs. 8) pour un cas de manie (affection cependant curable) parce que la crise maintenait depuis six mois la malade dans un état d'agitation incoercible (elle avait, malgré toutes les surveillances, déchiré ou lacéré 52 draps) ; que l'amaigrissement tournait à la cachexie ; que la malade présentait de gros ulcères variqueux, et que rien ne parvenait à l'empêcher d'arracher bandages et bottes de Huna ; qu'il en était résulté plusieurs poussées de périphlébite avec énorme lymphangite, menaces de phlegmons ; bref, qu'il fallait, coûte que coûte, arrêter l'évolution de la crise.

Ensuite, nous avons, de nouveau, employé la cure de Sakel :

— une fois parce qu'un état maniaque durait trop (il se révéla d'ailleurs sénile et incurable) ;

— une fois pour un état de dépression mélancolique qui, après une évolution heureuse au début, se fixait, ne gagnant plus ;

— une fois enfin, parce que des raisons sociales impérieuses commandaient de rechercher une guérison aussi rapide que possible.

B. Six étaient atteints de manière moins profonde et moins ancienne ; cinq hypocondriaques, à épine organique initiale connue et déjà traitée. Un délirant fantastique par intoxication alcoolique massive, chez qui le délire survivait à la cure de désintoxication.

II. — *L'ancienneté de l'atteinte* pathologique était la plupart du temps assez considérable pour que le pronostic soit établi de façon probante par les données évolutives :

Pour nous en tenir aux grands malades,

TABLEAU I. — Traitements par le choc insulinique

N°	NOM	ÂGE	ANCIENNETÉ DE LA MALADIE EN MOIS	DIAGNOSTIC	DATE DU DÉBUT DU TRAITEMENT	NOMBRE DE JOURS D'INSULINE	NOMBRE D'HEURES D'INSULINE	NOMBRE D'HEURES DE PÊTE DE CONN.
1.	♂ Mar.	35	18	D. P. hébéphr.-catatonique.	20-I-38	33	141 h. 30'	30 h. 42'
2.	♀ Mus.	23	27	D. P. hébéphrénique	12-III-38 19-XI-38	123 55	635 h. 20'	148 h. 15'
3.	♀ Ara.	3	> 6	id.	8-III-38 18-V-38	43 40	83 300 h. 5'	87 h. 45'
4.	♀ Dev.	24	36	id.	9-V-38	48	188 h. 45'	49 h. 55'
5.	♂ Fal.	18	8	id.	14-V-38	4	207 h.	2 h.
6.	♂ Tor.	8	12	id.	15-VII-38	38	156 h. 50'	28 h. 25'
7.	♂ Nat.	35	72	id.	30-IX-38	42	146 h. 20'	27 h. 20'
8.	♀ Est.	32	24	D. P. paranoïde	14-II-38	58	228 h. 30'	32 h. 20'
9.	♀ Yv.	53	48	D. paranoïde	21-II-38 19-V-38 26-VII-38	55 44 95	194 520 h. 40'	151 h. 15'
10.	♀ Me.	29	12	D. P. paranoïde	13-IV-38	74	275 h. 50'	106 h. 5'
11.	♀ Rob.	35	(3 mois après 10 ans) <sup>(1)</sup>	D. P. paranoïde	2-IX-38	40	123 h. 20'	0 h.
12.	♀ Heu.	29	1,5	Délire aigu à manif.-schizophr.	2-VI-38	32	148 h. 25'	24 h. 35'
13.	♀ Sch.	37	36	Excit. man. au cours d'une évol. schizophr.	3-II-38	30 28	58 233 h. 45'	34 h. 20'
14.	♀ Cap.	36	10	Mélancolie à évol. schizophr.	31-I-38 27-VII-38	35 30	65 259 h. 15'	54 h. 45'
15.	♀ Bic.	36	6	id.	24-VI-38	27	54 h.	0 h.
16.	♂ Cot.	57	7,5	Mélancolie simple	9-XI-38	9	19 h. 5'	10'
17.	♀ Vig.	62	2	Mélancolie simple	7-XI-38	24	68 h. 50'	30'
18.	♀ Bra.	59	6	Manie simple	20-I-38	25	92 h. 10'	15 h. 52'
19.	♂ Deg.	70	12	Manie sénile	7-II-38	125	154 h. 50'	59 h. 10'

(1) Crise actuelle remonte à 3 mois, mais succède à 5 crises mélancoliques depuis 10 ans.

(avec ou sans association de cardiazol)

NOMBRE DE CHOCS AVEC COMA	NOMBRE DE CHOCS SANS COMA	DOSE SEPA- RÉE MIX D'INSULINE	CONSUM. TOTALE D'INSULINE	NOMBRE DE CRISES AU CARDIAZ. ASSOCIÉ S	DOSE DE CARDIAZOL PAR CRISE	DATE DE FIN DU TRAITE- MENT	DEGRÉ D'AMÉLIO- RATION	OBSERVATIONS
25	4	80 u	1.980 u	0		23-II-38	++	L'activité professionnelle va être reprise.
66 } 28 } 35 } 24 }	94 } 27 } 59 } 11 }	120 u 100 u 70 u 90 u	11.925 u 3.950 u	17 0 10 } 10 }	3 à 6 4 à 7 4 à 5	fin oct. fin déc. 11-VI- 10-VII- 10 VII 20-VII- 3-IX- 13 XII-	++ + ++ +++ ++ +++ 0 ++	Rechute après une semaine Reprise du traitement, guérison
31 2 32 19	11 25 2 17	70 u 180 u 120 u 120 u	2.080 u 4.730 u 3.240 u 3.040 u	0 0 11 11				
27	31	110 u	3.430 u	21	6 à 8	fin XII-38	++	Manque seulement la bonne critique de la maladie.
40 } 36 } 65 } 67 }	11 } 8 } 5 } 3 }	80 u 70 u 100 u 80 u	7.930 u 3.355 u	7 } 13 } 15 } 9 }	4 à 7 4 à 8 5 4 à 5	17-V-38 14-VII-38 15-I-39 15-VII-38	+ ++ +++ +	1 réveil retardé. Crises comitiales fréquentes Cardiazol mal tolère (excita- tion ++).
	40	60 u	2.000 u	26	4 à 6	29-XII-38	++	
25	2	40 u	995 u	0		20-VII-38	+++	
25 } 24 }	49 } 4 }	70 u 50 u	1.105 u	0 0		16-III-38 31-VII-38	++ +++	Rechute après 2 semaines.
23 } 24 }	4 } 6 }	100 u 130 u 90 u	6.210 u 1.510 u	6 } 26 } 27 }	5 à 6 6 à 8 7 à 11	12-IV-38 18-XI-38 24-IX-38	+ + +++	A signaler 1 syncope bleue.
1 2 14 30	8 25 7 82	40 u 30 u 60 u 100 u	350 u 520 u 1.065 u 2.475 u	9 10 0 0	7 à 10 5 à 8	6-XII-38 7-XII-38 26-II-38 31-VII-38	+++ +++ +++ 0	Traitement ambulatoire.

— 3 seulement duraient depuis moins de six mois (un délire aigu ; une mélancolie ; une psychose paranoïde : mais celle-ci venait après 4 crises dépressives en six ans) ;

— 6 dataient de six mois (compris) à un an ;

— 4 de un an (compris) à un an et demi ;

TABLEAU II

*Traitements au cardiazol (seul ou sensibilisé par une petite dose d'insuline)*

N°	NOM	ÂGE	ÂNCIENNETÉ DE LA MALADIE EN MOIS	DIAGNOSTIC	NOMBRE DE CRISES	DOSES EN CC. PAR CLOCS	DOSES D'INSULINE PRÉALABLE	RÉSULTAT
20.	♀ Dev.	22	> 6	D.P. catatonique	18	4	20	0
21.	♂ Per.	20	3	Délire fantastique après intoxication éthylrique.	6	9	20	+++
22.	♀ Bar.	47	24	Hypocondriaque post Basedow	3	4	0	+++
23.	♂ Men.	35	> 6	Hypocondriaque basedowien	12	8 à 9	20	+++
24.	♂ Du.	34	> 3	Hypocondriaque basedowien	6	8 à 10	20 à 30	+++
25.	♂ Cap.	29	> 3	Hypocondriaque insuffisant hép.	4	6	0	+++
26.	♂ D.	16	> 6	Hypocondriaque insuffisant hép.	8	4 à 5	0	+++

— 7 dataient de plus d'un an et demi (18 mois — 24 mois — 27 mois — 48 mois — 72 mois, ce dernier avec une rémission très partielle de 5 ans).

III. — *Technique.* — Nous ne reviendrons pas sur la technique. Ce qui s'en peut écrire est reproduit partout. Ce qui ne le peut pas, les multiples « tours de mains », ne s'apprend que par enseignement direct. Notons seulement qu'un essai d'utilisation d'insuline retard n'a donné aucun résultat, malgré l'hypoglycémie. Il n'entraînait d'ailleurs aucune modification de la tension artérielle rétinienne.



IV. — *Les résultats de la cure insulinique avec ou sans cardiazol associé :*

Sur l'ensemble des dix-neuf malades traités par cette méthode, nous relevons : 9 guérisons complètes (suivant les critères de Müller) ; — 5 améliorations très sensibles (1) ; — 3 améliorations ; — 2 échecs.

Si nous considérons ces résultats d'après la maladie traitée, nous trouvons :

1) Les vrais déments précoces (catatoniques, hétérophréniques) et les paranoïdes ont donné sur 11 cas : 4 guérisons complètes ; 4 améliorations très sensibles (dont une quasi-guérison) ; 1 amélioration simple ; 2 échecs.

Il ne nous a pas semblé que, dans ce groupe, les paranoïdes réagissent autrement que les autres.

2) Les maniaques ou mélancoliques à évolution schizophrénique (trois cas) comptent : 2 guérisons complètes ; 1 amélioration simple.

3) Le seul délire aigu, chez une tuberculeuse, a guéri.

4) Les maniaques et mélancoliques vrais ont tous guéri (3). Soulignons que leur guérison a toujours été rapide : 25 chocs au plus.

5) Un maniaque sénile n'a pas guéri.

Ces résultats nécessitent quelques commentaires :

1) En ce qui concerne les hétérophréniques, catatoniques et paranoïdes, ainsi que les maniaques ou mélancoliques à évolution schizophrénique, la proportion des succès absolus (5/14, soit 35 %) et des améliorations sensibles (également 5/14, soit 35 %), dépasse le pourcentage de bien des statistiques françaises. (Soulignons que, sur ces 14 malades, un seul durait depuis moins de six mois). La raison en réside sans doute pour une part dans d'heureux concours de circonstances... mais aussi, croyons-nous, pour une part dans l'intensité du traitement. Certes, nous ne prolongeons pas celui-ci plus qu'il n'est utile. Sur 19 malades, 11, soit la majorité, ont totalisé moins de 50 jours d'insuline ; 11 également moins de 40 comas (dont 9 moins de 30). Mais, lorsque l'amélioration tarde, nous ne nous décourageons pas : persuadés, depuis nos recherches biologiques, du caractère de lavage, de dérivation et non tellement de choc de la thérapeutique de Sakel, nous n'avons pas hésité à dépasser

(1) Dont une quasi-guérison à laquelle manque seulement la reprise de la vie professionnelle retardée pour des raisons surtout sociales.

le terme des cinquante chocs profonds fixés par Pözl et Frostig. Si, dans deux cas, 94 et 67 chocs profonds (obs. II et X) n'ont amené que des résultats partiels ou nuls, trois fois des guérisons complètes n'ont été obtenues que grâce à un nombre de chocs supérieur à ce que l'on fait d'ordinaire : une fois par 49 (obs. XIII), une fois par 59 (obs. III). (Dans ces deux cas, l'interruption trop précoce de la cure après un résultat apparent avait provoqué une rechute rapide). Une fois surtout (obs. IX), chez une paranoïde évoluant depuis quatre ans, l'amélioration, amorcée au 55<sup>e</sup> grand choc seulement, a été suivie d'une rechute, après interruption au 76<sup>e</sup> choc profond. Il a fallu aller jusqu'à 141 chocs profonds, associés à 24 petits chocs et à 35 crises au cardiazol (au total 194 jours d'insuline ; 151 h. 15 de vrai coma ; 7.930 unités) pour aboutir à un résultat complet et que nous voulons espérer définitif.

Nous croyons fermement que le scepticisme, la déception qu'ont exprimés beaucoup de psychiatres en face de cette méthode thérapeutique tiennent à une persévérance insuffisante dans son application. Nous ne nous dissimulons aucunement d'ailleurs la difficulté que l'on trouve à faire comprendre, et accepter par les familles, la nécessité d'un traitement aussi long, sans certitude de succès. Mais nous croyons que mieux vaut ne rien commencer si l'on n'a pas la volonté d'aller jusqu'au bout.

Il est d'ailleurs, au cours de la poursuite du traitement, des indices qui permettent de préciser peu à peu les chances que l'on a d'aboutir : fréquemment (et le cas XII a été particulièrement frappant à ce point de vue), le malade commence à présenter, après son réveil complet, quelques moments de calme et de lucidité. La progression régulière de durée de ces moments, s'étendant de plus en plus, jusqu'à atteindre le soir nous paraît, comme à d'autres auteurs, d'un pronostic nettement favorable. Pareillement, nous considérons comme très importante la disparition progressive de la phase de réactivation de la psychose qui accompagne si souvent le demi-réveil. Nous avons pu vérifier le fait plusieurs fois (en particulier chez les malades IX, XII, XIII, et, tout récemment encore, chez un maniaque). Tant qu'existe cette phase de réactivation, on ne peut parler de guérison, ni par conséquent arrêter la cure, même si, le reste du temps, le malade apparaît normal.

Dans le même ordre d'idées, nous croyons de la première importance de ne jamais terminer brusquement sur la phase des grands chocs, mais de maintenir quelques jours le malade sous l'influence de doses décroissantes d'insuline. Nous avons

observé trois rechutes pour avoir méconnu cette règle à nos débuts.

2) En ce qui concerne les maniaques dépressifs francs, si nous exceptons un cas de manie sénile (traitée parce que le malade avait fait plusieurs accès antérieurs, et qu'on pouvait espérer qu'il ne s'agissait pas de sénilité), nous n'avons eu que des succès. Tous l'ont été dans un délai remarquablement bref (un mois pour les trois malades de notre première série). Nous avons rapporté plus haut les raisons qui avaient motivé nos premières interventions. Depuis l'arrêt de cette statistique, nous avons traité avec le même plein succès un cas d'excitation maniaque, parce qu'il durait depuis plusieurs mois ; et un état de dépression anxieuse parce qu'il avait commencé 3 ou 4 ans avant, pour interrompre toute activité depuis 18 mois, et qu'il se pérennisait sans aucune tendance vers le mieux.

Certes, nous ne proposerons jamais une cure de Sakel pour une manie franche ou une mélancolie franche récentes. Il faut attendre de voir ce que donnent les thérapeutiques classiques. Mais nous n'hésitons pas à le faire quand la maladie s'éternise, et que sa durée peut faire craindre le passage à la chronicité ; ou qu'elle compromet gravement les intérêts sociaux du malade.

V. — *Résultats de l'emploi du cardiazol pur ou après sensibilisation par de petites doses d'insuline.* — Nous avons peu employé cette technique chez de grands malades : parce que, ayant en main celle de Sakel, sachant ce que nous pouvions en attendre, nous ne nous reconnaissons pas le droit d'offrir à nos malades une méthode dont nous connaissions moins les possibilités. Nous avons cependant essayé, dans le service d'hôpital de l'un de nous (qui n'est pas un service de psychiatrie) de traiter une démente précoce catatonique. Après 18 crises, la malade a dû être transportée chez notre collègue, le docteur Vian, au service des agités, son état ne permettant plus son maintien en neurologie. Nous ne pouvons donc pas dire ce que fait le cardiazol chez les déments précoces ou chez les paranoïdes.

Par contre, nous l'avons appliqué à des malades mineurs, à ces « petits mentaux », piliers des services de neurologie qui ne peuvent pas ne pas mordre sur la psychiatrie. Cinq fois, il s'agissait d'anxieux à nuance hypocondriaque très nette. Tous ont rapidement guéri (entre 4 et 12 crises). Mais ce qu'il faut noter, c'est que tous ces anxieux hypocondriaques présentaient une maladie organique, responsable des troubles psychiques, du moins en partie. Chez tous, la maladie organique (trois basedow

biologiquement contrôlés, deux grosses insuffisances hépatiques) avait été traitée et guérie, sans que disparaisse l'anxiété, ni les idées hypocondriaques. Il a suffi de très peu de crises au cardiazol pour que tout s'évanouisse.

Il nous est donc apparu qu'un syndrome psychiatrique pouvait survivre à la maladie somatique qui avait présidé à sa naissance; et que, dans ces cas, l'action du cardiazol avait été une action de choc, bien différente par sa rapidité et sa brusquerie (de véritables retournements de la situation, d'un jour à l'autre) de la lente et longue action du Sakel : comme si le choc suffisait alors pour rompre un mécanisme psychopathologique, déjà débarrassé de sa racine organique.

Ces considérations nous ont conduit à soumettre au même traitement le malade de l'observation XXII : il s'agit d'un grand débile de 20 ans, chez qui quelques mois de forte imprégnation alcoolique avait provoqué l'éclosion d'un délire de fabulation fantastique, puéril et inepte. Après six semaines de vigoureuse désintoxication strychninique, toute agitation, toute confusion avaient disparu parallèlement aux troubles somatiques. Le délire restait le même. Il a suffi de six chocs au cardiazol pour qu'il n'en soit plus question.

VI. — *Incidents et accidents.* — Nous avons dit en commençant que nous avons constaté deux accidents mortels, par cœdème aigu du poumon, en 1936.

Après un an d'abandon, nous avons repris la méthode en janvier 1938, avec la technique même de Sakel, et en employant la même insuline danoise qu'à Vienne. Depuis, et malgré les doses employées (jusqu'à 180  $\mu$  par jour chez le malade 5), nous n'avons à déplorer aucun accident sur plus de 1.200 chocs. Nous avons eu quelques réveils difficiles; nous avons observé deux réveils tardifs sur lesquels nous reviendrons. C'est tout.

Pareillement, sur 285 crises au cardiazol, nous n'avons observé qu'une syncope bleue, qui n'a même pas nécessité l'emploi de lobeline (et quelques incidents dentaires).

VII. — *Schéma provisoire des indications des deux méthodes.* — Nous ne prétendons pas ici codifier des indications qui demandent encore des vérifications nombreuses. Nous voulons seulement indiquer, en toute simplicité, ce que sont actuellement nos règles de conduite personnelle :

1) Les seules contre-indications véritables résident dans l'existence d'une maladie somatique grave. En particulier, l'état fonctionnel de l'appareil circulatoire tout entier doit être minutieu-

sement vérifié. Au moindre doute, nous recourions à l'électrocardiographie. Il résulte de ces réserves que l'âge en lui-même n'est pas une contre-indication, mais seulement la maladie que l'âge a pu provoquer.

2) Indications de la cure insulinique du type Sakel.

a) Nous la décidons dans les démences précoces de type hébéphrénique, catatonique et paranoïde, dès que le diagnostic est posé avec certitude. Nous y avons recours dans les psychoses de type hallucinatoire, ou les syndromes d'action extérieure dès que la longueur de l'évolution permet d'éliminer une simple bouffée délirante spontanément curable.

b) Nous nous y décidons, pour les psychoses maniaques-dépressives :

1° lorsque leur longueur permet de craindre le passage à la chronicité ;

2° lorsque l'intensité de la psychose met la vie du malade en danger ;

3° lorsque les circonstances sociales commandent impérieusement la recherche d'une guérison rapide (ceci avec plus de circonspection, évidemment).

c) Nous adjoignons à la cure de Sakel les chocs au cardiazol suivant la méthode de Georgi :

1° si, après un certain nombre de chocs profonds, aucune tendance à l'amélioration ne s'est manifestée ;

2° si l'ensemble de la psychose, particulièrement sa réactivation lors du réveil, manifeste une tendance dépressive excessive.

A l'inverse, nous interrompons le cardiazol lorsque, dans l'après-midi suivant les crises, se manifeste une excitation anormale, ou lorsque les crises provoquent une réactivation trop vive.

3) Indications de la cure au cardiazol seul, ou après sensibilisation par des doses minimales d'insuline.

Nous soumettons volontiers à cette technique :

a) les anxieux hypocondriaques, à la double condition que ce syndrome ne soit pas la marque d'un état psychopathique plus grave, et que les épines organiques, lorsqu'il y en a, aient été préalablement levées ;

b) les états psychopathiques survivant à la cause organique qui a présidé à leur naissance.

M. Ach. DELMAS. — Ce qui fait la valeur d'une méthode, c'est la gravité des cas qu'elle guérit. Et de l'intéressante communication de l'auteur, je retiens surtout le fait qu'il a obtenu des guérisons dans des cas de démence précoce qui duraient depuis



plusieurs années. Mais quels sont les critères qui permettent d'affirmer que les cinq éléments précoces rendus à leurs familles étaient réellement guéris ?

M. GUIRAUD. — La durée de la maladie avant l'application du traitement n'est pas un critérium de sa gravité. Il existe, en effet, beaucoup de cas chroniques d'asthénie, ou même de mauvaise habitude mentale qui persèverent tant qu'une stimulation, parfois bien minime, ne vient pas déclencher la guérison. Il en est d'autres, au contraire, qui ont pour condition une aggravation progressive des troubles mentaux vers l'hébéphrénocatatonie par exemple.

C'est donc plus à l'analyse des éléments du syndrome qu'à sa durée qu'il faut ajouter de l'importance pour apprécier la valeur de la thérapeutique qui l'a fait disparaître.

M. Paul ABÉLY. — L'intéressante communication de MM. Cossa et Bougeant fait immédiatement penser à comparer la valeur thérapeutique des deux méthodes de Sakel et Von Méduna.

Si les présentateurs n'insistent pas sur cette comparaison, c'est qu'ils ont surtout utilisé la première méthode. Je vais me permettre de donner à ce sujet une opinion personnelle. Depuis quinze mois environ, je pratique, dans mon service, l'insulinothérapie d'une façon régulière et ininterrompue. L'utilisation du cardiazol est de date plus récente. Néanmoins, tant par l'observation que j'ai faite de mes propres cas, que de celles provoquées par les malades traités par plusieurs de mes collègues de l'hôpital de Villejuif, j'ai, dès maintenant, l'impression que l'insuline est très nettement supérieure au cardiazol.

J'ai vu, par l'insulinothérapie, guérir des états hébéphréniques d'évolution ancienne (trois, quatre ans et plus), et dont la guérison se maintient depuis plus d'un an.

Par le cardiazol, seuls les cas de début récent étaient heureusement influencés, ceux de début plus lointain n'étaient pas modifiés.

Par ailleurs, les améliorations par le cardiazol étaient, en général, très instables et exposées à de très prochaines rechutes. Celles dues à l'insuline étaient beaucoup plus stables, plus profondes, certaines ont résisté à l'épreuve du temps.

La méthode de Von Méduna expose à divers inconvénients. Il lui arrive de transformer des malades calmes en des sujets extrêmement violents et impulsifs qu'il faut isoler et chez qui il est très difficile, quelquefois impossible, de ramener la docilité antérieure.

Lorsque la crise convulsive avorte, on déclanche un état d'extrême anxiété qui peut être jugulée par une dose thérapeutique plus forte, mais qui, parfois, persiste, et cela malgré de nouvelles crises convulsives complètes.

Tel est le cas d'un malade que j'observe actuellement et dont l'anxiété persiste depuis plusieurs semaines.

Autre considération : Là où l'insuline a échoué, le cardiazol, non seulement ne donne rien, mais souvent aggrave l'état antérieur. J'ai choisi un lot important de sujets incomplètement améliorés par l'insulinothérapie et les ai traités par le cardiazol.

Presque tous ont très rapidement perdu l'embonpoint qu'avait donné l'insuline, quelques-uns ont littéralement fondu, certains sont devenus gâteux, alors qu'ils ne l'étaient pas avant et après l'insuline, d'autres sont rapidement retombés dans le marasme intellectuel d'où ils semblaient avoir une tendance à sortir dans l'intervalle des deux méthodes.

Je reconnais ne pas avoir essayé la technique inverse : cardiazol d'abord, insuline ensuite ; mais la technique insuline puis cardiazol me paraît contre-indiquée.

Enfin, dernier élément comparatif : Un insuccès par le cardiazol reste, en général, un insuccès définitif, avec l'insuline un résultat, très incomplet tout d'abord, peut s'accroître très favorablement, même après la fin de la période des comas. Cela à la faveur d'un traitement post-insulinique sur lequel j'insiste parce qu'il m'a paru, non seulement fixer et stabiliser le résultat obtenu par la méthode de Sakel, mais encore l'accroître d'une façon vraiment frappante parfois tardivement, je veux parler des injections de lobe antérieur d'hypophyse. Peut-être m'accusera-t-on, en raison de recherches antérieures, de mettre cette glande à toutes les sauces et d'avoir pour elle une attention stéréotypée. Mais je demande à nos collègues de bien vouloir essayer les mêmes constatations en injectant tous les jours, pendant douze ou quinze jours, une ampoule de un ou deux centimètres cubes de lobe antérieur d'hypophyse Choay et de recommencer la série après quinze jours de repos.

On a reproché à l'insulinothérapie d'être beaucoup moins inoffensive que le cardiazol. Cependant, depuis plus de quinze mois, en ayant tous les jours sur le chantier trois malades, je n'ai jamais eu un seul accident sérieux. J'utilisais des insulines françaises : Byla et Endopancrine.

Evidemment, je ne crois pas qu'il faille prolonger outre mesure les comas et en multiplier le nombre, sous peine de créer des lésions histologiques définitives. Je n'ai jamais dépassé

trente comas, habituellement vingt. La méthode de Sakel demande naturellement des précautions, qu'on s'est d'ailleurs peut-être plu à exagérer. L'une d'elles me paraît cependant spécialement importante. Je veux parler des cas assez rares où le sujet rentre précocement dans le coma avec des doses d'insuline inaccoutumées, entre quinze et trente unités (alors que, normalement, il faut de soixante à cent unités pour déclencher le premier coma) et, constatation paradoxale, ces sujets avaient, avant le début du traitement, une glycémie normale.

Chez de tels individus, il faut injecter la quantité d'insuline, si minime soit-elle, en plusieurs fois, et dès le premier coma, ne plus augmenter la quantité d'unités, peut-être la diminuer, quitte à remettre à plus tard l'augmentation des doses.

Toutes ces considérations ne concernent que le traitement de la démence précoce, non discutable quel que soit le nom dont on la baptise.

Pour d'autres syndromes psychiatriques : confusion mentale, manie et peut-être même troubles post-encéphalitiques, je n'ai encore essayé que le cardiazol avec des résultats quelquefois favorables, mais habituellement très instables. J'ignore l'action de l'insuline à leur sujet.

Dans ce domaine, les renseignements que nous donnent MM. Cossa et Bougeant sont très intéressants.

M. COURBON. — Ma pratique de ces méthodes, qui ne remonte pas à un an, ne donne qu'une valeur relative aux considérations qu'elles me suggèrent et que voici : Nous les appliquons uniquement aux sujets âgés de moins de 40 ans, qui présentent les signes d'alarme qui, autrefois, faisaient porter le pronostic d'incurabilité et qui, aujourd'hui encore, sous des noms nouveaux, comportent le plus sévère pronostic : autisme, discordance, dissociation, indifférence, négativisme, maniérisme, stéréotypies, gâtisme, catatonie. Jusque-là, nous ne les avons appliquées qu'à des malades dont le début ne datait pas de plus d'un an, mais remontait à plus de six mois. Et les résultats obtenus sont tellement encourageants que nous allons étendre ces méthodes à des maladies de dates plus anciennes.

1° D'abord pour le cardiazol. Son efficacité et son innocuité sont habituelles.

Son efficacité va souvent jusqu'à la guérison.

Physiquement, il ramène les forces et l'appétit, parfois jusqu'à la voracité, le malade engraisant de plusieurs kilos par semaine.

Mentalement, quand il ne va pas jusqu'à le guérir, il ouvre

le malade, l'arrache à son autisme, le rend plus accessible à l'investigation clinique, et à la psychothérapie, le rend plus maniable. Le moins qu'on en puisse dire est que la cardiazol-thérapie a une action métabolique. Elle transforme le malade, facilitant le pronostic, même si elle n'amène pas la guérison.

Les doses à employer sont proportionnées au poids, à raison d'un centigramme par kilo, pour la première injection. Les injections sont à répéter à raison de deux par semaine. En augmentant la dose de deux centigrammes par injection, on diminue les chances d'avoir des crises avortées. L'avortement d'une crise n'a généralement pas de conséquence grave. Le plus souvent, il ne se passe rien du tout, même si on s'abstient de pratiquer l'injection nouvelle immédiate, préconisée par certains auteurs. Nous n'avons jamais vu de crise anxieuse sérieuse.

Par contre, chez une malade catatonique négativiste et gâteuse, qui était dans cet état depuis des mois, nous avons constaté le fait suivant. Les trois premières injections l'avaient progressivement améliorée à un point tel que nous la croyions guérie : elle avait recouvré parole, mémoire, lucidité, critique. A la quatrième injection, à la seconde où auraient dû apparaître les convulsions, ce fut une agitation maniaque qui apparut et qui persista pendant les deux semaines suivantes, en dépit des injections suivantes.

D'une façon générale, nous cessons de faire des injections, dès que la guérison paraît certaine, quelquefois après la quatrième crise. Et nous n'allons pas au-delà d'une huitaine d'injections, quand nous n'avons rien obtenu. Il ne nous semble ni logique ni prudent de poursuivre indéfiniment une thérapeutique qui paraît agir par un choc.

Quant à l'innocuité de cette thérapeutique, elle est beaucoup plus grande que ne le laisseraient croire son apparente brutalité et l'intensité souvent dramatique des réactions qu'elle entraîne : convulsions violentes, cyanoses asphyxiques, rougeurs apoplectiques, pâleurs cadavériques, baves, arythmies, apnée. Quand le sujet est jeune, physiquement vigoureux, que son appareil cardiovasculaire est intact et n'a jamais été atteint, l'électrocardiogramme est inutile.

Au contraire, l'électrocardiogramme est indispensable quand le sujet a plus de quarante ans, quand sa validité physique est suspecte, quand il s'agit d'ajouter le cardiazol à la thérapeutique par le choc insulinique. Le Dr Géraudel, dans un article des *Archives des Maladies du Cœur* du 8 août 1938, a montré qu'exceptionnellement, une seule injection de cardiazol suffit à

provoquer une modification durable et importante du tracé, une inversion de l'accident T qui indique une déficience grave du myocarde ventriculaire passée inaperçue.

Voilà pour la méthode de Von Méduna.

2° Voyons maintenant pour la méthode de Sakel, c'est-à-dire pour la thérapeutique par le coma insulinique obtenu avec l'endopancrine. Son efficacité nous a paru probante. Mais les dangers qu'elle fait courir au malade sont infiniment plus considérables que la méthode de Von Méduna. De plus, elle est très difficile à appliquer. Les difficultés matérielles de son application, dans les hôpitaux psychiatriques de la Seine, déjà signalées par le Professeur Claude, ne nous permettent de ne l'appliquer qu'au compte-gouttes. Deux malades à la fois, pour un traitement qui dure parfois plus de deux mois.

Il convient tout d'abord de dissiper le malentendu que couvre le terme insulinothérapie et qui donne une base au refus par l'administration des revendications que lui adressent les médecins. Il faut distinguer radicalement l'insulinothérapie n'allant pas jusqu'au coma et l'insulinothérapie allant jusqu'au coma.

L'insulinothérapie n'allant pas jusqu'au coma, qui ne produit qu'un peu de transpiration, un peu d'assoupissement, et beaucoup d'appétit, peut être appliquée sans surveillance spéciale, à beaucoup de malades à la fois, au milieu d'une salle d'alitement où sont administrées d'autres thérapeutiques. C'est une cure d'engraissement, c'est, si l'on veut, une thérapeutique analeptique qui stimule les fonctions végétatives sans les troubler. Vingt unités quotidiennement administrées la réalisent. Elle est efficace dans les cas bénins.

L'insulinothérapie allant jusqu'au coma, au contraire, bouleverse, perturbe à la fois toutes les fonctions et ébranle l'équilibre vital : le pouls s'accélère et devient irrégulier, les sueurs, les larmes, la salivation, sont profuses ; la température descend en-dessous de 35° ; la tension artérielle maxima s'élève et la tension minima s'abaisse de plusieurs degrés, ou même disparaît ; le taux du sucre et les propriétés physico-chimiques du sang varient ; les réflexes disparaissent ; la pupille se dilate et se rétrécit ; le nystagmus secoue les globes oculaires ; les convulsions remuent tous les muscles ou tous les faisceaux de muscles. C'est une cure de Schock, dit-on. C'est une thérapeutique qui ébranle toutes les fonctions, une thérapeutique *pansismique*, peut-on dire. Cent unités, et beaucoup plus, sont quelquefois nécessaires pour la produire. Elle fait régresser des cas apparemment



désespérés. Nous en avons dont la guérison date de plus de six mois. Cette cure ne peut être appliquée que sous surveillance compétente, par des infirmières stylées, à raison de une par deux malades au plus (les Allemands exigent trois infirmières pour deux malades) et en la présence constante d'un médecin.

Ce que nous croyons, c'est qu'il n'y a pas lieu de prolonger la durée, ni d'intensifier la profondeur de chaque coma. Il suffit de l'atteindre, c'est-à-dire de perturber toutes les fonctions pour que le *schock* cherché produise son effet. Quand on veut faire se replacer sur le même plan horizontal les objets qui se chevauchent dans la boîte qui les renferme, point n'est besoin de secouer indéfiniment et intensément la boîte. Quelques secousses y arrivent sans rien casser. Aussi cherchons-nous toujours à diminuer progressivement la dose qui a amené le premier coma. Et nous arrivons à avoir le même coma avec deux fois moins d'insuline.

Cette comparaison grossière n'apportera pas un prestige scientifique à nos considérations. Mais les explications scientifiques qui ont été données de ces thérapeutiques sont loin d'avoir été démontrées : l'antagonisme prétendu entre épilepsie et schizophrénie, qui inspira Von Méduna, n'existe pas, et le coma soi-disant hypoglycémique n'apparaît que lorsque la glycémie remonte.

Quand on connaît l'étiologie d'un trouble mental, on doit, comme le conseille M. Baruk, faire une thérapeutique étiologique. Mais nous reprocherions d'attendre cette étiologie, sans faire bénéficier les malades de méthodes assurément très délicates, dont la fidélité n'est pas absolue, dont l'efficacité n'a pas une durée indéfinie, mais qui sont susceptibles d'améliorer leur triste sort.

Pour conclure, nous croyons que l'on peut, à l'heure actuelle, classer, de la façon suivante, les procédés thérapeutiques dont la psychiatrie s'est enrichie en ces dernières années.

D'une part, les méthodes *analeptiques* ou stimulantes : abcès de fixation, huile soufrée, insuline à petites doses, phlycténothérapie, sérum épivecteur, etc... Elles suffisent dans les cas bénins.

D'autre part, les méthodes *pansismiques* ou perturbantes ou choquantes qui réussissent parfois dans les cas où l'état mental est désespéré, mais où l'état physique est bon. Il faut commencer par le cardiazol, qui est beaucoup moins dangereux, qui agit plus rapidement, dont l'administration est très simple. On ne recourra à l'insulinothérapie comagène qu'après échec de celui-ci.

Quand elle n'est pas curative, l'action de ces thérapeutiques pansismiques est *métabolique*, transformant les syndromes mentaux, comme la malariathérapie transforme la paralysie générale.

M. D. SANTENOISE. — Je voudrais poser quelques questions à M. Cossa sur le mécanisme d'action de l'insulinothérapie. Je serais heureux de connaître le taux de la glycémie constatée au cours du coma. Très souvent, dans ces cas, on n'observe pas une hypoglycémie comparable à celles qui existent lorsqu'on opère sur le chien ou le lapin et qui sont inférieures à 0,30.

Le choix de l'insuline lui a-t-il paru indifférent ? Les modes d'extraction sont tout à fait différents suivant les produits, et certains, pour lesquels l'unité pèse environ  $1/20^e$  de mgr., contiennent, non seulement de l'insuline, mais aussi de la vagotonine, que j'ai pu isoler grâce à la connaissance de ses caractères physiques et chimiques, et notamment du point iso-électrique. L'insuline doit précipiter pour un pH 5,2 à 5,6 ; la vagotonine pour un pH 4,2. J'ai pu ainsi, dans certaines insulines, précipiter des quantités égales en poids d'insuline et de vagotonine. Aussi serait-il désirable de toujours indiquer de quelle insuline on s'est servi.

Enfin, les sujets auxquels M. Cossa s'est adressé avaient-ils des réserves glycogéniques réduites ou importantes ?

Il est très intéressant de préciser le mécanisme physiopathologique du coma insulinique. L'œdème cérébral que l'on invoque implique des troubles du métabolisme de l'eau et les équilibres physico-chimiques. D'où l'intérêt de déterminer dans le sang le pH, la réserve alcaline, la teneur en eau, l'équilibre du chlore et l'équilibre calcium-potassium.

M. DAUMÉZON. — J'ai été très intéressé, surtout par ce que les auteurs ont constaté sur les malades atteints de psychose maniaque traités par ces méthodes. En somme, le cardiazol donne une démonstration de la réversibilité des états mentaux. D'après mon expérience, il semble qu'il ne fasse que changer le tableau clinique. Et le nouveau tableau n'est pas toujours un progrès vers la guérison. Une malade, hospitalisée avec un syndrome de mélancolie curable, fut en effet apparemment si améliorée par le cardiazol qu'elle fut rendue à la liberté. Mais six jours après, on la ramenait avec un syndrome infiniment plus grave de psychose paranoïde.

M. RONDEPIERRE. — Depuis deux ans environ, je fais de l'insulinothérapie poussée jusqu'au coma à la Maison de Santé de

Ville-Evrard et je n'ai jamais eu d'accident sérieux. L'insuline que j'emploie est celle que délivre la Pharmacie centrale des Hôpitaux.

J'ai essayé de combiner l'insulinothérapie avec d'autres méthodes, avec la pyrétothérapie par la sulfosine ou par l'électropyrexie : un jour d'insuline, un jour de pyrétothérapie. Je n'ai pas obtenu de meilleurs résultats.

Pour ce qui est de l'électropyrexie, elle ne m'a jamais rien donné, quelles que soient les circonstances dans lesquelles je l'ai employée.

M. PICARD. — J'ai vu une fois un coma persister pendant huit jours. La glycémie était tombée jusqu'à 0,19 et le coma n'apparut que tardivement après que le taux du sucre eut beaucoup remonté.

M. RONDEPIERRE. — Les comas peuvent être prolongés sans être graves et sans laisser de séquelles. J'en ai vu un durer deux jours. Je crois que Combemale en a eu un de sept jours.

Un procédé recommandé par les Allemands est celui du zigzag. Un jour une forte dose, 150 par exemple, le jour suivant une dose beaucoup moins forte, 50, et ainsi de suite.

M. COSSA. — Les critères de guérison sont pour nous : disparition des idées délirantes, critique de l'état pathologique et de la conduite passés, récupération de l'affectivité antérieure, reprise de l'activité professionnelle pour les hommes, de l'activité familiale pour les femmes qui n'exercent pas de profession.

Il est vrai que l'ancienneté de la maladie n'est pas garante de sa gravité, mais nos malades avaient eu des troubles mentaux extrêmement accentués. L'une d'elles avait été gavée à la sonde pendant 18 mois.

Je crois que le maniement de l'insuline nécessite la plus grande prudence et cela même avec les petites doses. J'ai vu un coma se produire après l'administration de 20 unités seulement, et cet incident jeter la plus grande émotion parmi le personnel infirmier. Quand on veut aller jusqu'au coma, et c'est lui qu'il faut atteindre pour obtenir des résultats dans les cas sérieux, il faut tout un matériel, des aides d'élite, et la présence constante d'un médecin. Il faut une infirmière par malade. C'est parce que je ne puis pas réaliser à l'hôpital ces mesures indispensables de précaution, que je dois renoncer momentanément à y appliquer cette précieuse thérapeutique.

Nous maintenons le coma pendant plus d'une heure. Comme

je le disais à la Société de Neurologie en juin dernier, en apportant nos constatations sur l'augmentation de la tension artérielle rétinienne au cours du coma, je crois que ce qui agit pendant le coma insulinaire, c'est l'œdème ou tout au moins la congestion qu'il provoque dans le cerveau. A ce propos, M. Lhermitte a parlé de marée lymphatique. Et le professeur Cornil, auquel j'ai remis le prélèvement du cerveau d'un chien mis en état de coma, a retrouvé cet œdème.

En tous cas, il n'y a pas de proportion entre l'intensité de la dose et la profondeur du coma. Tout dépend de la façon dont le traitement est appliqué et de la marque d'insuline. Nos bons résultats ont été obtenus avec une insuline danoise.

J'ai eu des comas prolongés de 12 heures et de 1 jour et demi, bien que la glycémie fût remontée à la normale et l'ait dépassée.

Je crois que le cardiazol n'est pas très indiqué dans les états maniaques.

Par ailleurs, on trouvera dans notre communication des précisions concernant les divers dosages.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — L'objet de cette communication et la discussion qui suivit sont si intéressants que nous pourrions consacrer une des prochaines séances de notre Société à la mise au point de ces thérapeutiques nouvelles.

La séance est levée à 18 heures 35.

*Les secrétaires des séances :*

Paul CARRETTE et Jacques VIÉ.

---

# SOCIÉTÉS

---

## Société de Neurologie de Paris

---

*Séance du jeudi 5 janvier 1939*

---

Présidence : M. BOURGUIGNON, président sortant  
M. MONNIER-VINARD, président

---

**Myélite nécrotique aiguë à forme pseudo-tumorale d'origine staphylococcique vraisemblable**, par MM. H. ROGER, Y. POURSIÈS et J. BOURDOURESQUES (de Marseille).

Apparition brutale, après quelques jours de rachialgie, d'une paraplégie flasque complète avec anesthésie totale, rétention d'urine, escarre et fièvre. Radio du rachis normale. Liquide céphalo-rachidien : d'abord grosse dissociation albumino-cytologique (4 grammes pour 6 lymphocytes), puis hypercytose à 133 leucocytes (dont 74 de polynucléaires) avec 1 gr. 30 d'albumine et blocage incomplet au Quekenstaedt, plus tard à 0 gr. 80 d'albumine pour un élément. A l'autopsie, foyer massif de nécrose occupant toute la substance blanche de LI, avec dégénérescence wallérienne, arachnoïdite et adhérence de la dure-mère aux corps vertébraux de DIO à LI. Une poussée de furonculose avait immédiatement précédé la paraplégie.

**Un cas de sclérose tubéreuse**, par M. GARCIN.

**La catalepsie du vieillard et ses relations avec les lésions du cervelet**, par MM. J. LHERMITTE et SUSIC.

Le symptôme catalepsie est d'observation courante chez le vieillard, mais il mérite d'être précisé au double point de vue clinique et pathogénique. Chez un homme âgé de 78 ans, les auteurs ont étudié le phénomène de l'immobilisation cataleptique spontanée et provoquée et montrent qu'il ne peut s'agir d'une suggestion mais de la libération d'un mécanisme extra-



pyramidal. Dans ce fait, l'étude histologique révéla l'existence d'une artériosclérose profonde du cervelet commandant des foyers multiples de ramollissement superficiel et de dévastations profondes entraînant la disparition d'une grande partie de la couche des grains et des cellules de Purkinje. La catalepsie sénile comprend ainsi une variété cérébelleuse, laquelle rentre dans le cadre tracé par Babinski.

*Discussion.* — Pour M. ANDRÉ-THOMAS, il est probable que le malade avait des lésions du système nerveux central, qu'un examen plus complet eût décelées. On rencontre parfois le symptôme sans lésion cérébelleuse et inversement, des lésions cérébelleuses analogues ne se sont pas accompagnées de catalepsie. Jusqu'ici, il n'y a pas de fait absolument démonstratif de catalepsie cérébelleuse. Les altérations vasculaires n'expliquent pas tout car deux cellules nerveuses voisines sont différemment touchées.

M. LHERMITTE affirme qu'il n'existait que des lésions nerveuses minimales en dehors du cervelet. Il reconnaît la complexité de la catalepsie. Les lésions siégeaient, non dans les noyaux, mais uniquement au niveau du manteau.

#### **Syringomyélobulbie avec syndrome de Gerhardt. Rôle éventuel d'une rachianesthésie dans son étiologie, par G. GUILLAIN et Ch. RIBADEAU-DUMAS.**

Il s'agit d'un homme de 26 ans atteint d'une syringomyélobulbie. Les troubles bulbaires consistaient surtout en signes laryngés, réalisant le syndrome de Gerhardt. D'autre part, le développement de l'affection après une rachianesthésie à la stovaine permettait de discuter le rôle de celle-ci dans l'apparition du processus gliomateux.

*Discussion.* — M. GUILLAIN remarque que les accidents de la rachianesthésie sont certainement plus fréquents que ne le laisserait penser la littérature ; ils semblent d'origine vasculaire.

Pour M. Th. DE MARTEL, il doit s'agir d'accidents comparables par leur mécanisme à ceux observés dans les anesthésies locales.

M. BOURGUIGNON rappelle que l'étude des chronaxies montre très nettement l'inhibition progressive de la moelle.

#### **Immobilisation soudaine d'attitude du Membre Supérieur. Signe de localisation frontale, par M. BARRÉ.**

L'auteur apporte deux nouveaux exemples d'un phénomène singulier qu'il a fait connaître en 1935 avec M. Marc Klein.

Soudain, le membre supérieur du sujet est immobilisé à la phase du mouvement qu'il exécutait sans que le sujet qui garde sa pleine conscience, puisse modifier en quoi que ce soit l'attitude de ce membre. Il n'y a ni tremblement, ni contracture, ni paralysie ; la motilité passive reste conservée ; les réflexes tendineux ne sont nullement augmentés, mais plutôt diminués. Cette crise d'immobilisation dure quelques secondes ou de 1 à 2 minutes au maximum dans les cas observés.

Dans deux de ces cas, ce phénomène qui se différencie nettement de la préhension forcée de Janichewski, a constitué le premier et le seul signe traduisant le début d'une tumeur de la région pré-frontale. Ce fait lui confère donc une valeur pratique intéressante qui méritait d'être mise en lumière.

M. LECONTE.

# ANALYSES

---

## JOURNAUX ET REVUES

---

### PSYCHIATRIE

Remarques sur la notion de la débilité intellectuelle, par G. HEUYER (in *Bull. du Groupement français d'études de neuro-psychopathologie infantile*, juillet 1938).

Rappelant qu'André Collin a proposé de remplacer le terme moins précis de débilité mentale par celui de débilité intellectuelle, plus restrictif, et aussi que les tests de Binet-Simon ont permis de classer les différents degrés de cette débilité, M. Georges Heuyer rappelle également l'importance de l'âge de 10 ans qui, « au point de vue pratique, psychologique et pédagogique, reste la limite entre la débilité intellectuelle et une intelligence même inférieure, capable de discerner la valeur bonne ou mauvaise d'un acte ».

C'est grâce aux tests que l'on peut apprécier le degré d'une arriération mentale et distinguer avec précision l'idiotie, l'imbécillité et la débilité intellectuelle simple. Chaslin a eu soin de distinguer l'arriération mentale de la fausseté d'esprit ou « sottise » et c'est spécialement la sottise, dont les symptômes sont « plus cliniques que psychologiques », que cet auteur donne le nom de débilité mentale. Il y a dans la débilité mentale autre chose qu'une arriération intellectuelle ; elle comporte des éléments affectifs auxquels participe la personnalité entière.

R. C.

Contribution à la connaissance des psychoses gemellaires, par R. BEL-LINCIONI (de Florence). *Rassegna di Studi Psichiatrici*, août 1937.

Histoire clinique très détaillée de deux jumelles qui, à la suite de causes émotionnelles, ont fait dans le même temps une confusion mentale, dont elles ont toutes deux guéri après une longue évolution.

Paul ABÉLY.

Des hallucinations, par C.-E. ROBERTI, de Florence. *Rasregna di Studi Psichiatrici*, août 1937.

Important travail où l'auteur passe d'abord en revue l'évolution clinique et historique du problème de l'hallucination. Il analyse la conception actuelle

de Mourgue, qui place le phénomène dans la dissolution de la personnalité selon le schéma monokowien et conduit l'hallucination au système neuro-végétatif, dépositaire de la vie instinctive.

Tenant de mettre expérimentalement en évidence les rapports objectifs de l'hallucination et des phénomènes neuro-végétatifs, l'auteur arrive à la conclusion et à la conviction que ces rapports sont évidents. Il se propose d'amplifier ses recherches dans cette direction.

Paul ABÉLY.

**Hallucinations et localisations cérébrales** (Zinnestauschungen und Hirulokalisation) par P. SCHRODER (Leipzig). *Zeitschr. f. d. g. Neuro. und Psych.*, 1937, tome CLVIII, p. 261 à 264.

Reprenant dans cette brève communication la conception « antilocalisatrice » qu'il a toujours défendue à l'égard des hallucinations au cours des psychoses, l'auteur répète encore que les hallucinations ne peuvent pas être considérées comme des produits de l'excitation de l'écorce sensorielle, que l'« hallucination » n'est pas un phénomène toujours semblable à lui-même dans les diverses conditions psychotiques au cours desquelles on emploie le même mot pour désigner des états plus complexes et très différents. Il énumère ainsi les divers états hallucinatoires de structures différentes que l'on rencontre dans les diverses psychoses.

Henri Ex.

**Les particularités des hallucinations visuelles chez les enfants et les adolescents schizophrènes**, par Z. KOSENKO. *Neuropatologia i psichiatria*, t. VI, fasc. 2, 1937.

L'auteur réunit plusieurs observations cliniques d'enfants et d'adolescents schizophrènes et s'attache particulièrement à l'étude des hallucinations visuelles.

FRIBOURG-BLANC.

**Schizophrénie chez un enfant** (Schizophrenia in a Child), par Léon REZNIKOFF. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. T. LXXXV, n° 3, p. 262-265, mars 1937.

Les signes décrits chez cet enfant de 9 ans sont nettement ceux d'un état hébéphréno-catatonique : négativisme, maniérisme, apathie, troubles émotionnels et sensoriels. Du point de vue dynamique, notons l'hostilité contre la mère et après une phase de rémission une rechute précipitée par la mort du père. L'affaiblissement intellectuel est certain, mais son importance ne peut être précisée, l'indocilité ne permettant pas de déterminer par les tests la valeur de l'intelligence-quotient.

P. CARRETTE.

**Démence précoce et schizophrénie** (Demencia precoz y Esquizofrenia), par Exequias BRINGAS NUÑEZ. *Boletín del Asilo de Alienados en Oliva*, n° 15, p. 70-92, mars 1937.

A défaut de preuves biologiques et histologiques, l'auteur croit pouvoir apporter un peu de clarté dans le problème des psychoses graves évolutives

du jeune âge en délimitant le sens de la démence précoce et de la schizophrénie d'après la nature du processus et du terrain. La démence précoce englobe les formes krapelinienues à l'exclusion des types délirants avec affaiblissement intellectuel discutable. C'est une maladie accidentelle, exogène, organique. La schizophrénie comporte au contraire les états de dégénérescence, endogène, poussées évolutives apparaissant sur un terrain anormal. Le désordre intellectuel est secondaire à des perturbations affectives et émotives et conditionné par un défaut d'adaptation psycho-physiologique qui constitue l'état schizoïde.

P. CARRETTE.

**L'image dans le langage schizophrénique**, par J. DELMOND. *L'évolution psychiatrique*, année 1937, fasc. IV.

L'article de M. Delmond constitue une revue générale de la question où des exemples accompagnent les traits d'érudition. Il existe une grande analogie entre le langage poétique et la structure même du langage schizophrénique. L'auteur insiste également sur l'étude des néologismes, certains répondant au besoin de désigner des mécanismes étrangers à l'entendement, d'autres relevant d'une forte part de jeu. L'auteur envisage son étude sous l'angle d'une conception jacksonienne et fait suivre son travail d'un index bibliographique.

M. LECONTE.

**Le syndrome organo-névropathique dans la schizophrénie**, par M. GERZBERG. *Neuropatologia i Psichiatra*, T. VI, fasc. 9, 1937.

L'auteur rapporte l'observation de malades atteints de schizophrénie présentant simultanément un syndrome organo-névropathique. Il conclut que ce syndrome dépend chez les schizophrènes de l'atteinte du système neuro-végétatif par le processus endogène. La réaction de chaque malade à l'égard de la symptomatologie présentée et l'adaptation psychique aux sensations éprouvées sont particuliers pour chaque cas et dépendent de l'émotivité individuelle des malades, du degré de son abaissement, des hyperesthésies, etc... Une grande importance doit être attribuée au degré de la différenciation psychique des sujets ainsi qu'à la conservation de l'esprit critique.

FRIBOURG-BLANC.

**Les états hypo et adynamiques dans la schizophrénie**, par M. GERZBERG. *Neuropatologia i psichiatra*, t. VI, fasc. 7, 1937.

En se basant sur son expérience clinique personnelle qu'il illustre d'observations, l'auteur constate que les états d'hypo et d'adynamie sont fréquents dans diverses formes de schizophrénie et que leur origine réside dans l'affaiblissement de l'émotivité des malades. Ces syndromes peuvent être placés au même rang que d'autres signes somatiques qui entrent dans la composition du complexe somatopsychique de la schizophrénie sans être spécifiques de cette affection. Ces syndromes sont liés aux particularités biochimiques de l'organisme et n'ont que peu de rapports avec le type constitutionnel des sujets. Ils semblent liés aux manifestations de troubles survenant dans d'autres fonctions vitales. La question de leur pathogénie ne

peut être résolue encore. Cependant ils semblent souligner la nécessité de rechercher l'étiologie de la schizophrénie dans la pathologie générale et l'influence des facteurs humoraux et toxiques qui peuvent être mis en cause. Néanmoins, au point de vue de la certitude du diagnostic de la schizophrénie, l'auteur conseille la prudence et le contrôle d'une observation minutieuse et prolongée des malades présentant les syndrômes d'hypo et adynamie.

FRIBOURG-BLANC.

**Une forme de réaction psychogène chez des sujets ayant été atteints antérieurement de schizophrénie**, par F. F. DETENHOFF et D. C. OZERETSKOWSKY. *Sovietskaia Psichonevrologia*, t. XIII, fasc. 2, 1937.

En se basant sur deux observations personnelles dont ils exposent les détails les auteurs confirment l'opinion de Kurt Schneider relative à la tendance à la réactivité dépressive présentée par certains sujets ayant été atteints antérieurement de schizophrénie.

Les auteurs constatent qu'un traumatisme psychique nouveau survenant chez certains anciens schizophrènes se traduit par une simple réaction psychogène ayant les caractères d'une dépression asthénique. Ces réactions psychogènes peuvent être conditionnées par les propriétés constitutionnelles des malades ainsi que par la conservation de leur sphère émotionnelle post-psychosique. Cependant la tendance asthénique de ces états dépressifs peut dépendre de la déficience somatique de ces malades. Ces réactions ont un pronostic favorable et bénéficient avantageusement d'une médication stimulante énergique ainsi que de la psychothérapie.

FRIBOURG-BLANC.

**Syndrome schizophrénique consécutif à une brucellose**, par G. ASCHIERI. *Note et Rivista di Psichiatria*, septembre 1937.

L'auteur passe brièvement en revue la littérature concernant les formes psychopathiques des brucelloses. Il cite une observation personnelle de troubles mentaux survenus au cours d'une mélitococcie, troubles d'abord confusionnels qui se modifièrent peu à peu pour devenir une psychose schizophrénique typique. L'étiologie infectieuse paraît très probable.

Paul ABÉLY.

**Gastrogrammes des déments précoces merycistes** (Gastrogrammi di dementi precoci mERICISTI), par Ferdinando BARISON (Ferrara). *Giornale di Psichiatria e di Neuropatologia*, I, II, 1937, p. 82 à 111.

Continuant son travail méthodique sur ce curieux « comportement » gastrique, Barison montre dans cet article, à l'aide de nombreux gastrogrammes, que la contractilité gastrique de ces malades demeure normale.

Henri Ey.

**Contribution à l'étude de l'artériosclérose cérébrale des schizophrènes**, par Th. DETENHOFF. *Sovietskaia psichonevrologia*, t. XIII, fasc. 1, 1937.

L'étude des malades atteints de schizophrénie ayant dépassé 40 ans, conduit l'auteur aux conclusions suivantes ayant trait aux modifications appor-



tées dans le tableau clinique par l'artériosclérose : L'artériosclérose cérébrale des schizophrènes est favorisée par des facteurs importants tels que la déficience du système cardio-vasculaire, l'influence des processus exogènes et endogènes subis au cours de l'existence, les efforts épuisants pour le malade apportés par la résistance à l'affection et à l'adaptation à l'existence d'un individu diminué, les troubles de l'irrigation dus à l'influence toxique du processus schizophrénique. L'artériosclérose cérébrale de ces malades atténue certaines manifestations de la schizophrénie. Mais à travers la symptomatologie liée à l'artériosclérose, le fond de la maladie reste apparent. L'artériosclérose apporte sa symptomatologie typique et uniforme.

FRIBOURG-BLANC.

**Ambivalence** (Ambivalenz), par E. ROENAU. **Remarques à propos du précédent article** (Bemerkungen zu dem obenstehenden Artikel), par E. BLEULER. *Zeitsch. f. d. ges. Neuro. und Psych.*, 1937, tome 157, p. 152 à 168.

A propos du vingt-cinquième anniversaire de la création du terme d'ambivalence par Bleuler (1911), Roenau entreprend une critique essentiellement dialectique sur la possibilité du jugement à la fois affirmatif et négatif aussi bien dans l'ordre intellectuel, volitionnel qu'affectif. S'il y a des contradictions dans la nature, comme dans l'esprit, la polarisation de la vie psychique est incompatible avec une telle dualité. Mlle Boutonnier, dans sa thèse récente (Paris, 1938) sur l'ambivalence, ne craint pas de traiter ce travail « d'article fort obscur ». C'est bien l'opinion de Bleuler qui, en deux pages, remet les choses au point. Il explique que le problème de l'ambivalence est avant tout un problème de *fait*. Or, le fait pour lui essentiel de la dislocation schizophrénique, c'est la lutte interne, le système anarchique qui se substitue dans la vie autistique à la polarisation, à la décision, à l'unité du psychisme normal. Ici est naturellement le sens le plus profond de l'ambivalence, symptôme clinique essentiel.

Henri Ex.

**La catatonie à la lumière de recherches catamnétiques. 1<sup>re</sup> partie** (Die Katatonie auf Grund katamnestischer Untersuchungen), par K. KLEIST et DRIEST (Frankfort). *Zeitschr. f. d. g. neuro. und Psych.*, 1937, tome CLVII, p. 479 à 556.

A la lumière de recherches cliniques retraçant l'évolution des 184 cas étiquetés « catatonie » à la clinique de Francfort entre 1921 et 1925, le Professeur Kleist et son collaborateur entreprennent une étude très longue et approfondie de ce problème toujours très discuté. Après avoir rappelé que, pour Kahlbaum et Kraepelin, un grand nombre de catatoniques guérissent (environ 1/3), après avoir critiqué les diverses notions de trouble fondamental de la schizophrénie offertes par de nombreux auteurs (Bleuler, Berze, Kronfeld), ils rapportent les quatre évolutions typiques que Kleist a retracées : catatonie, hébéphrénie, schizophrénie proprement dite et affaiblissement paranoïde, évolutions qui paraissent effectivement correspondre aux faits, si nous en croyons notre propre expérience. Enfin ce préambule se termine par l'exposé des formes cliniques isolées par Kleist et étudiées par Schroder, sous le nom de psychoses dégénératives ; psychoses de la motilité et confusionnelles (apparentées à la maniaque dépressive) ; psychoses hallucinatoires (apparentées aux psychoses paranoïdes) ; psy-

choses épisodiques de type crépusculaire (apparentées à l'épilepsie) ; psychoses réactionnelles (apparentées à l'hystérie). La partie des études cliniques « catamnestiques » comprend l'exposé de 35 cas de catatonie guéris parmi un total de 146 diagnostics portés entre 1921 et 1925 (38 cas sont écartés pour diverses raisons). Tout l'effort des auteurs, dans cette première partie de cet important travail porte sur la discussion du diagnostic de ces cas. Pour eux, il ne s'agissait pas de catatonie, 17 appartenaient au groupe cycloïde (confusion et psychoses de motilité dans le vieux sens de Wernicke) ; 9 appartenaient à des formes paranoïdes diverses et 9 appartenaient au groupe épileptoïde (états crépusculaires, etc.). Parmi ces 35 cas, 27 entraient dans le groupe des psychoses dégénératives et 8 dans celui des psychoses symptomatiques. Le sens de ce travail, si intéressant à de multiples points de vue, échapperait au lecteur qui ignorerait que, pour Kleist le groupe de la démence précoce correspond à une affection nerveuse systématisée à évolution chronique. C'est pour défendre cette thèse que Kleist et son élève ne craignent pas de faire sortir du groupe général schizophrène tout ce qui n'a pas une évolution fatale, tout ce qui est psychose symptomatique ou dégénérative, sans se demander peut-être assez ce qu'il reste alors du groupe de la démence précoce. Ce travail a une telle importance et paraît si « révolutionnaire » que la rédaction de la *Zeitschrift* a pris soin, très exceptionnellement, de dire qu'il n'engageait pas son adhésion doctrinale.

Henri Ey.

**De la méconnaissance des personnes** (*Über Personen Verknennung*) par Werner SCHEID (Munich). *Zeitsch. f. d. ges. Neuro und Psych.*, 1937, tome 157, p. 1 à 16.

Cette étude se propose de dégager quelques types de mécanismes des méconnaissances de personnes en dehors de tout point de vue nosographique. L'auteur utilise une douzaine d'observations fragmentaires. Il conclut qu'il y a lieu de distinguer un certain nombre de types psychopathologiques de ce phénomène étudié en Allemagne par Hagen, Snell, Kalhbaum, etc. (Bibliographie allemande intéressante à la fin du travail). Dans les psychoses organiques il s'agit soit d'un trouble des concepts, soit d'un trouble mnésique complexe rendant impossible la reproduction de l'image nécessaire à la reconnaissance. Dans les délires, il y aurait lieu de distinguer des troubles psycho-sensoriels, des jugements erronés, des crises délirantes, des idées délirantes et des altérations délirantes des souvenirs. Quant à l'illusion proprement dite, sensorielle, de méconnaissance (d'agnosie pourrait-on dire) de personnes, elle est exceptionnelle. Il s'agit d'une analyse purement formelle, d'un trouble dont les divers niveaux structuraux sont bien vus mais peu approfondis.

Henri Ey.

**Délire de jalousie paranoïaque**, par A. VEDRANI. *Rassegna di Studi Psichiatrici*, octobre 1937.

Observation très complète qui permet à l'auteur d'évoquer quelques points de doctrine au sujet des délires de jalousie en général.

Il rappelle que Kräpelin accepta, à partir de 1915, cette forme particulière de délire de jalousie non alcoolique.

Paul ABÉLY.

**Nouvelle contribution au problème du conditionnement biologique de l'homosexualité** (Weiterer Beitrag zur Frage nach der genetischen Bedingtheit der Homosexualität) par Theo LANG (Munich). *Zeitschr. f. d. g. Neuro. und Psych.*, 1937, tome CLVII, p. 557 à 574.

Si, comme le pensait Goldschmidt (1912), l'homosexuel masculin est un être dont le sexe s'est transformé au cours du développement (Unwandlungsmann), il y a peut-être une façon de vérifier cette hypothèse. C'est cette vérification originale que Théo Lang a demandée aux recherches démographiques si en honneur en Allemagne. En montrant, après un premier travail dans ce sens, que parmi l'ensemble des frères et sœurs (total 2.241) de 651 homosexuels, la proportion des sujets de sexe masculin est plus forte que normalement (118 hommes contre 100 femmes seulement), l'auteur estime avoir établi une forte présomption qu'il existe ainsi dans ces familles des sujets masculins qui auraient dû être de sexe féminin, ce sont les homosexuels. Telle est la conclusion de ce curieux et fort intéressant travail bourré de chiffres et de statistiques.

Henri Ex.

**Remarques à propos du travail de Théo Lang sur le conditionnement génétique de l'homosexualité** (Bemerkungen zur Arbeit von Theo Lang über die genetische Bedingtheit der Homosexualität), par J. H. SCHULTZ (Berlin). *Zeitschr. f. d. g. Neuro. und Psych.*, 1937, tome CLVII, p. 575 à 578.

Tout en rendant hommage à la conscience du travail statistique de Théo Lang, l'auteur insiste sur les facteurs psychiques de la perversion homosexuelle et notamment des situations familiales envisagées selon une inspiration freudienne (familles de garçons, image virile de la mère, etc.).

Henri Ex.

**Etiologie uraniste** (Etiologia uranista), par Leonardo Philips MÜLLER. *Archivos chilenos de Criminologia*. T. I, p. 253-298, décembre 1937.

Il est impossible de trouver dans la revue de Müller un essai de théorie personnelle applicable à la sociologie ou à l'hygiène mentale. L'homosexualité est justifiée par des médecins et des littérateurs, tentative vaine du point de vue médico-psychologique. Le facteur moral ne peut masquer le caractère pathologique des considérations utiles. L'auteur étudie les conceptions endogènes, psychogènes, endocrinologiques, l'importance du facteur occasionnel. Il est certain que pour la médecine légale c'est le problème du déséquilibre psychique, de la contagion mentale et des perversions qui domine. Nombreuses indications et commentaires empruntés à la littérature et au théâtre contemporain.

P. CARRETTE.

**L'érotomanie, l'homosexualité travestie**, par J. FRETET. *L'évolution psychiatrique*, année 1937, fasc. IV.

L'auteur consacre son article à une seule, mais longue et intéressante observation d'un malade du service de M. le docteur Paul Abély. Il veut essentiellement montrer le rôle joué par la tendance à l'assujettissement

séducteur dans l'éclosion d'un thème érotomaniac chez un psychasténique et d'autre part le lien unissant l'homosexualité de l'objet avec le caractère obsessionnel pénible de la relation et son travestissement. Une courte bibliographie est jointe à cette étude.

M. LECONTE.

**Mécanismes névrotiques dans les psychoses : œdipisme, homosexualité, théatralisme hystérique et perversité**, par J. PICARD. *L'évolution psychiatrique*, année 1937, fasc. IV.

L'auteur envisage le vaste groupe des déséquilibres psychiques, des troubles du comportement, groupe ou diagnostics et conduites thérapeutiques sont souvent des plus variables selon les auteurs. Il se place d'un point de vue nettement dynamique et entend montrer qu'il n'existe pas à ses yeux de barrière infranchissable entre les troubles névropathiques et psychopathiques.

Les neuf observations détaillées qui accompagnent ce travail viennent appuyer cette intéressante conception. La neuvième est particulièrement suggestive. Au point de vue pratique, seule la notion de maladie mentale importe. « La névrose peut commander impérieusement l'internement comme la psychose ne pas la postuler. »

M. LECONTE.

**Etats parapsychiatriques** (Estados de parapsiquiatría), par F. GORRITI. *Société de Neurologie et de Psychiatrie de Buenos-Aires. La Semana Medica*, n° 2, 1937.

Un certain nombre de déséquilibrés, d'hystériques, de dégénérés délirants intermittents, imbus des préoccupations métaphysiques et métapsychiques modernes, victimes ou profiteurs, parviennent à vivre à la limite du normal et du pathologique. Ils présentent un danger social que M. Gorriti dénonce. Les uns méritent d'être guidés, les autres doivent être découverts et leur activité sanctionnée. La parapsychologie doit utiliser ces cas parapsychiatriques pour assurer ses progrès par des méthodes scientifiques contrôlées, incriticables.

P. CARRETTE.

**Constitution religieuse** (Constitucion religiosa), par F. GORRITI. *Société Argentine de Neurologie et de Psychiatrie. La Semana Medica*, n° 32, 1937.

Les caractéristiques des états constitutionnels se retrouvent chez les mystiques observés par M. Gorriti. La démonstration de l'auteur s'appuie sur la conception de Delmas et Boll. Les notions de dogme et de croyance ne s'intègrent au sujet qu'en raison de leur utilisation pathologique. La disposition est innée ; les manifestations infantiles sont de règle, elles subissent des retours paroxystiques, à la puberté, à la ménopause ; la tendance au délire sert de base aux formes chroniques. Le terrain psychopathique montre de fréquentes associations morbides, mais la constitution mystique suffit dans bien des cas à expliquer la symptomatologie. Biologiquement, il s'agit de sujets dégénérés, affaiblis ; psychologiquement, l'absence d'apti-

tudes particulières, jointe aux caractères physiques, favorisent le complexe d'infériorité. La tendance à « l'adoration » fournit une compensation et résume les dispositions affectives.

P. CARRETTE.

**Contribution au diagnostic différentiel des états dépressifs réactifs endogènes**, par A. L. LECHTCHINSKY. *Neuropatologia i Psichiatria*. T. VI, fasc. 9, 1937.

L'auteur souligne les mérites de Jaspers dans l'étude des psychoses réactives, tout en apportant ses critiques personnelles. Il estime que les traumatismes psychiques influent sur les états dépressifs en suivant trois modalités. Ils agissent par leur causalité comme facteurs provocateurs et par leur coïncidence du moment. Parmi les signes distinctifs des états dépressifs endogènes, il souligne la discordance entre la situation traumatisante et les sentiments vécus au cours des états dépressifs. L'importance du diagnostic différentiel a une répercussion, non seulement sur la thérapeutique, mais également sur la situation médico-légale.

FRIBOURG-BLANC.

**Considérations hérédobiologiques sur les psychoses d'involution et notamment sur les mélancolies pures apparaissant pour la première fois au moment de l'involution** (Über erbbiologische Untersuchungen involutiver Psychosen insbesondere über erstmalig im der Involution auftretende reine Melancholien), par Karl BROCKHANSEN (Munich). *Zeitsch. f. d. ges. Neuro. und Psych.*, 1937, tome 157, p. 17 à 34.

Ce travail reprend sous l'angle hérédologique la vieille discussion sur l'autonomie de la mélancolie d'involution à l'égard de la psychose maniaque-dépressive. L'auteur a étudié 31 cas de « mélancolie pure d'involution », c'est-à-dire des cas où le tableau clinique était absolument franc et apparaissait pour la première fois lors de la période d'involution. Voici quelques chiffres qui nous paraissent les plus importants et que nous extrayons des six tableaux statistiques de l'auteur. Naturellement, des 31 malades, seuls 9 étaient du sexe masculin. Cinq ont eu deux accès. Dans l'ensemble, fait qui me paraît surprenant, le pronostic a été bon (dans deux cas seulement l'accès n'a pas guéri dans l'année et dans 9 cas, après plusieurs mois, on n'a noté qu'une légère amélioration). Sur les 161 frères et sœurs de ces malades, l'auteur a noté 3 cas de psychose maniaque-dépressive, 1 cas de schizophrénie, 1 cas d'arriération, 1 cas de déséquilibre avec dépression, 3 cas d'autres psychopathies, 2 cas de paralysie générale, soit un total de 11 cas d'aliénation mentale. Sur les 62 parents, on a pu relever 2 mélancolies d'involution, 1 accès de mélancolie d'involution (précédé d'une crise maniaque dans le jeune âge), 1 cas de paraphrénie, 1 cas de dépression mélancolique réactionnelle, 2 psychoses de type maniaque-dépressif, 1 autre psychose, 2 démences artériopathiques, 1 démence sénile, 1 paralysie générale, soit 12 cas. L'auteur se croit autorisé à plaider la cause de l'autonomie de la mélancolie d'involution à l'égard du groupe maniaque-dépressif en raison de ce contraste entre l'hérédité directe (deux fois plus chargée) et l'hérédité collatérale.

Henri Ey.



**Les tares héréditaires dans la parenté immédiate de 30 cas de mélancolie involutive ou du « climaterium »** (Die Erblage in der nächsten Verwandtschaft von 30 Fällen klimaterischer b z w. involutiver Melancholie), par Hélène SCHNITZENBERGER (Kützenberg). *Zeitsch. f. d. ges. Neuro. und Psych.*, 1937, tome CLIX, p. 11 à 23.

Parmi les parents des 30 mélancoliques d'involution observés, il y a eu 1 cas de mélancolie d'involution, 1 suicide à 63 ans, 1 cas de mélancolie périodique tardive, 1 « cycloïde », ayant fait deux accès dépressifs, l'un dans sa jeunesse, l'autre à 72 ans, 1 psychose atypique et 5 alcooliques. Parmi les 138 frères et sœurs, il n'y a eu aucun cas de mélancolie d'involution, 2 cas de psychose maniaque-dépressive, un sûr, un « probable », 1 cas de schizophrénie, 1 cas de tempérament cycloïde, 1 cas d'hystérie et 1 buveur. Parmi les 228 oncles et tantes, 2 cas de mélancolie d'involution, 2 cas de psychose maniaque-dépressive, 3 cas d'affaiblissement intellectuel sénile, 1 cas d'arriération, 1 cas d'artério-sclérose cérébrale, 2 cas de psychose atypique, 1 cas de suicide. Comme le dit l'auteur lui-même, ce travail ne résoud pas encore la question des rapports de la psychose maniaque-dépressive et de la mélancolie d'involution. Il constituerait, semble-t-il cependant, un argument en faveur de l'assimilation des mélancolies pré-séniles à la psychose maniaco-dépressive.

Henri Ey.

**Evolution et terminaison des états réactifs liés aux traumatismes psychiques**, par le prof. E. A. CHEVALEV. *Nevropatologija i Psichiatria*. T. VI, fasc. 9, 1937.

L'auteur expose les particularités de l'évolution et de la terminaison des états réactifs survenant à la suite des traumatismes psychiques. Il rapporte les traits essentiels de quelques observations personnelles et établit un parallèle avec les états réactifs traumatiques. L'auteur souligne particulièrement le pronostic des différentes formes de traumatisme psychique.

FRIBOURG-BLANC.

**Démence sénile installée à la suite d'une infection « grippale »** (Demencia senil instalada consecutivamente a una infección « Grippal »), par Juan Martin E. GONZÁLEZ. *Psiquiatria y Criminologia*. T. II, n° 8, p. 181-186, Buenos-Aires, mars-avril 1937.

La démence sénile peut parfois, chez des sujets très âgés notamment, apparaître brusquement et évoluer rapidement à la suite d'un accident aigu toxique ou infectieux. L'importance pratique de cette éventualité est affirmée dans le rapport médico-légal de M. Gonzalez, qui n'hésite pas à faire remonter le début d'un état d'affaiblissement sénile à une fièvre d'allure grippale contractée à 80 ans. Il convient toutefois de noter que trois mois plus tôt le vieillard, jusque-là vigoureux et actif, avait subi une dépression physique et morale à la suite de la mort de sa femme.

P. CARRETTE,

**Sur quelques cas d'encéphalopathie anémique** (Ueber einige Faelle von Encephalopathia anaemica), par R. BRINGEL, *Acta psychiatrica et neurologica*, XII, 4, 1937, Copenhague.

L'auteur rapporte trois observations de troubles psychiques en rapport avec une anémie pernicieuse. Dans les deux premières, les phénomènes dépressifs et anxieux étaient accompagnés de troubles polynévritiques légers ; le troisième reproduit le tableau classique de la psychose de l'anémie pernicieuse tel qu'il fut décrit par H. Marcus : dépression grave avec troubles paranoïdes. Chez les trois malades l'opothérapie hépatique fut efficace.

E. BAUER.

**Syndrome pariétal avec mouvements forcés complexes et hallucinations visuelles. Contribution à l'étude de l'automatose et de la grande attaque hystérique**, par G. de MORSIER et R. BROCCARD, (de Genève). *Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie*, XL, 1-2, 1937/38.

Les auteurs rapportent 4 cas d'automatose et font une synthèse clinique, anatomo- et physiopathologique. Les troubles neurologiques permanents relevés chez leurs malades prouvent une atteinte de l'écorce pariétale ; on sait que dans les quelques cas où une vérification anatomique a pu être faite, la lésion a toujours été trouvée dans cette région. Celle-ci représente l'aboutissant cortical du système vestibulo-extrapyramidal, un des plus complexes du cerveau ; or des phénomènes d'automatose sans troubles sensitifs et visuels associés ont été observés également au cours de lésions du cervelet, et on doit être frappé par l'analogie entre les mouvements forcés d'enroulement, observés dans l'automatose, et ceux provoqués par l'ablation expérimentale d'un labyrinthe, chez l'animal. D'autre part la ressemblance est frappante entre les crises d'automatose et la grande attaque hystérique ; on est donc amené à considérer celle-ci comme due à des perturbations siégeant principalement au niveau des aires extrapyramidales corticales.

E. BAUER.

**Syphilis du système nerveux chez les asiatiques des Indes Néerlandaises. (Java et Sumatra)** (Syphilis de Nervensystems bei Asiaten in Niederlandisch-Indien (Java and Sumatra). par P.-M. van WULFFTEN-PALTHE. *Acta psychiatrica et neurologica*, XII, 2, 1937, Copenhague.

La syphilis est très répandue dans la population indigène des Indes hollandaises ; la proportion de la neurosyphilis par rapport à la syphilis en général est très élevée : 50 pour cent parmi les syphilitiques traités à l'Hôpital de Batavia. L'intervention d'un facteur de neurotropie est possible, mais on peut penser aussi à une sensibilité particulière du système nerveux des indigènes, due soit à leur constitution raciale soit à des causes exogènes. La paralysie générale et le tabès ne sont pas moins fréquemment observés que chez les Européens. Mais alors qu'en Europe les affections métasyphilitiques dépassent nettement en fréquence les autres formes de neurosyphilis, la proportion est inverse chez les indigènes asiatiques : 3-4 fois plus de cas de syphilis nerveuse que de métasyphilis.

E. BAUER.

**Disvitaminose dans les maladies mentales**, par A. TROSSARELLI (de Mantoue). *Rassegna di Studi Psichiatrici*, juin 1937.

L'auteur signale la fréquence du scorbut atypique chez les aliénés. Il pense qu'il s'agit moins d'avitaminose que de disvitaminose par mauvaise utilisation des vitamines introduites par voie buccale due à des causes diverses : atonie gastrique, hypochlorhydrie et surtout la présence de quantité anormale de bactéries intestinales.

Il indique quel doit être le traitement préventif et curatif de cette disvitaminose, traitement qui influence très heureusement l'évolution des troubles psychiques.

Paul ABÉLY.

## NEUROLOGIE

**Narcolepsie familiale** (Familiäre Narkolepsie), par I. SCHUMACHER. *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie*, 98, 4-5, 1938.

L'auteur rapporte les observations de deux frères présentant des troubles narcoleptiques et cataleptiques en même temps que des signes hypophysaires nettement caractérisés. Il en profite pour faire une étude critique et analytique des cas de narcolepsie familiale antérieurement publiés. Les troubles de la fonction hypophysaire provoquent les phénomènes narcoleptiques en agissant sur les centres diencéphaliques ; mais ils ne peuvent les produire qu'à la faveur d'une disposition constitutionnelle, d'une vulnérabilité spéciale de ces centres, qui peut être héréditaire et familiale. Sinon on ne s'expliquerait pas la disproportion qui existe entre la fréquence des troubles hypophysaires et la rareté de la narcolepsie. D'ailleurs l'importance du facteur constitutionnel, même dans les narcolepsies symptomatiques, quelle que soit leur étiologie, a été signalée.

E. BAUER.

**Encéphalographie à l'aide de petites quantités d'air dans les tumeurs cérébrales**, par N. E. KOWALEW. *Neuropatologia i psichiatria*, t. VI, fasc. 2, 1937.

En se basant sur la pratique de 50 encéphalographies pratiquées au cours de l'évolution des tumeurs cérébrales, l'auteur conclut que : 1° En dehors des tumeurs de l'étage postérieur, l'encéphalographie pratiquée avec de petites doses d'air (10 cm.) peut-être pratiquée sans danger dans toutes les localisations de tumeurs. 2° Indépendamment de la quantité d'air injecté, l'encéphalographie est formellement contrindiquée dans toutes les localisations des tumeurs intéressant l'étage postérieur. 3° Si on opère avec de petites quantités d'air les signes d'hypertension crânienne n'offrent aucune contrindication pour la pratique de l'encéphalographie.

FRIBOURG-BLANC.

**Etude des modifications pneumographiques des tumeurs des ventricules latéraux**, par Harden ASKENASY. *La Presse médicale*, n° 89, p. 1576-1578, 6 novembre 1937.

Les caractères des ventriculogrammes permettraient de distinguer les tumeurs primitivement intraventriculaires des envahissements secondaires

des ventricules latéraux. Les réactions des tumeurs primitives sont différentes suivant leur position par rapport au trou de Monro. Éloignées, elles s'accompagnent de dilatation postérieure de la cavité ; proches, elles obstruent et entraînent une hydrocéphalie homolatérale. Si au contraire la sténose du trou de Monro provient d'une cause externe, le ventricule est comprimé et c'est du côté opposé que siège l'hydrocéphalie. Les néoformations secondaires déforment la paroi externe du ventricule et ne déterminent qu'une hydrocéphalie peu marquée.

P. CARRETTE.

**Glioblastome endoventriculaire de l'hémisphère droit**, par A. TARABINI, *Rassegna di Studi Psichiatrici*, octobre 1937.

Ce glioblastome a pu être diagnostiqué quant à son siège par la ventriculographie et l'artériographie.

L'intérêt de ce cas réside dans la présence d'une anesthésie dissociée de type cortical, en particulier vis-à-vis des excitations douloureuses.

Paul ABÉLY.

**Tumeurs de la fosse postérieure sans œdème papillaire** (Posterior Fossa Tumors without Papilledema), par Ira COHEN. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. T. LXXXV, n° 4, p. 411-415, avril 1937.

Les neuro-chirurgiens considéraient naguère la stase papillaire comme un signe habituel de la compression par tumeur cérébrale. L'auteur note sur 35 cas de tumeurs de la fosse postérieure l'absence du symptôme dans 17 cas. Ni la pression rachidienne, ni l'état des ventricules, ni la localisation de la tumeur ne paraissent devoir fournir une explication valable. La multiplicité des moyens de diagnostic des tumeurs cérébrales permet de ne plus mettre au premier plan des symptômes révélateurs, l'œdème papillaire. L'intégrité du fond d'œil ne peut plus être considéré comme un argument décisif contre le diagnostic de tumeur de la fosse postérieure.

P. CARRETTE.

**Le vomissement : symptôme précoce des tumeurs de la fosse cérébrale postérieure**, par Th. de MARTEL et J. GUILLAUME. *Le Monde médical*, n° 908, p. 1037-1043, 1-15 décembre 1937.

Le vomissement monosymptomatique ne possède pas des caractéristiques suffisantes pour orienter l'esprit à coup sûr vers le diagnostic de tumeur cérébrale. Plus intéressant est le vomissement qui s'associe à une stase papillaire ou à une parésie oculaire. Parfois il accompagne des céphalées continues à paroxysmes occipitaux ou sous-orbitaires. Chez l'enfant, le syndrome digestif est fréquent au début des tumeurs du 4<sup>e</sup> ventricule. Les auteurs ne croient pas qu'il soit nécessaire de faire intervenir dans le mécanisme physio-pathologique du syndrome, l'irritation d'un centre de vomissement qui se localiserait au pourtour du 3<sup>e</sup> ventricule.

P. CARRETTE.

**Contribution à l'Etude des tumeurs subtectoriales**, par V.-E. VENTURA (de Pise). *Rassegna di Studi Psichiatrici*, août 1937.

Vaste travail où, dans une première partie, l'auteur montre les difficultés à faire le diagnostic de la nature des tumeurs de la fosse crânienne postérieure. Il étudie les variétés histologiques de ces tumeurs.

Dans une deuxième partie, il expose l'histoire clinique de 7 cas, dont le siège était pour deux dans la ligne moyenne, trois dans l'angle ponto-cérébelleux, un paracérébelleux, le dernier dans l'hémisphère cérébelleux droit. Il s'agissait de deux médulloblastomes, de deux neurinomes, d'un tuberculome, d'un méningiome et enfin d'une forme imparfaitement classifiée.

L'auteur, élargissant tous les détails séméiologiques qu'il a isolés dans ces sept cas, donne une description des symptômes les plus utiles au diagnostic du siège.

Paul ABÉLY.

**Les ramollissements dans le territoire de l'artère sylvienne**, par A. TARABINI. *Revista Sperimentale di Frenatria*, juin 1937.

L'auteur décrit anatomiquement et cliniquement trois cas de ramollissement sylvien et deux cas de ramollissement dans le territoire de l'artère choroïdienne antérieure.

Il estime que tous ces syndromes vasculaires se correspondent presque toujours quant à leurs symptômes majeurs et qu'ils constituent une indubitable réalité clinique.

Paul ABÉLY.

**Syndromes bulbo-médullaires postencéphalitiques chez le frère et la sœur** (Spinobulbäre Syndrome nach Enzephalitis epidemica bei zwei Geschwistern), par A. KRÁL, de Prague. *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie*, 98, 6, 1938.

L'observation publiée par l'auteur est intéressante à plusieurs points de vue : 1° elle représente un exemple, relativement rare, d'encéphalite épidémique familiale. Le frère et la sœur furent atteints à 2 ans de distance ; chez le 1<sup>er</sup> la phase aiguë fut caractérisée par de l'agitation, des myoclonies et des algies, chez la 2<sup>e</sup> elle revêtit la forme léthargique classique. L'existence d'un facteur neurotrope familial semble devoir être admis ; 2° après des phases d'amélioration de longue durée (5 ans chez le frère, 10 ans chez la sœur qui se maria et eut 3 grossesses) avec absence en particulier de tout phénomène de parkinsonisme, les deux malades présentèrent des troubles paralytiques progressifs du type sclérose latérale amyotrophique. Cette localisation spéciale des lésions de l'encéphalite épidémique chronique, identique chez le frère et la sœur, plaide pour une disposition topique familiale, intéressant le système moteur bulbo-spinal, sans qu'il soit d'ailleurs possible de préciser la nature exacte de cette disposition (constitutionnelle, endogène ou exogène, affinité chimique spéciale pour le virus encéphalitique, etc.).

E. BAUER.



**Diagnostic différentiel des lésions chirurgicales et non-chirurgicales du cervelet, du Pont et de la moelle** (The differential Diagnosis of Surgical and non-surgical Lesions of the Cerebellum, Pons and Medulla) par Mark Albert GLASER, H. Marvin BEERMAN. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. T. LXXXV, n° 1 et 2, p. 8-29 et 167-188, janvier et février 1937.

Pour établir une différenciation utile dans la symptomatologie de la fosse cérébrale postérieure, il importe d'étudier le type de céphalée, des convulsions, l'état de la tension intracrânienne, les signes focaux, le détail des clichés obtenus par les rayons X, des encéphalogrammes, sans négliger le pouls, la respiration et la température. Les auteurs passent en revue les types de tumeurs, les lésions inflammatoires et dégénératives, les accidents vasculaires, les possibilités de métastases, les répercussions d'affections générales ou de voisinage. Leurs conclusions d'ensemble, et pour chaque organe du névraxe mis en cause, sont d'une importance primordiale puisqu'ils comportent une nécessité d'action : traitement médical ou chirurgical et dans cette dernière hypothèse : libération, résection ou énucléation.

P. CARRETTE.

**Les hématomas de la dure-mère. Diagnostic, pathogénie, traitement** (Etude portant sur 34 cas vérifiés), par G. de MORSIER. *Revue neurologique*. T. LXVIII, n° 5, p. 665-700, novembre 1937.

L'hématome de la dure-mère attribué tantôt au traumatisme, tantôt à la pachyméningite, relève en réalité des nombreuses causes capables de provoquer l'hémorragie au niveau d'une membrane extrêmement vascularisée et fragile : anémies, diathèses, hypertension et sclérose, scorbut, tuberculose, etc... La mortalité était autrefois la règle et le diagnostic n'était pratiquement pas posé. Aujourd'hui, aux notions étiologiques s'ajoute la connaissance plus précise des symptômes : troubles mentaux, apathie, somnolence, troubles du langage et désordres moteurs, troubles de l'équilibre et raideurs. L'absence d'hypertension oculaire et céphalo-rachidienne permet d'écarter l'hypothèse de tumeur cérébrale. M. de Morsier montre que le problème a changé d'aspect depuis qu'on opère précocement. L'abstention comme l'intervention tardive tuaient également le malade. Les petites trépanations avec drainage donnent les meilleurs résultats sans qu'il soit nécessaire d'extirper les membranes.

P. CARRETTE.

**L'hémiballisme et le corps de Luys**, par le prof. Henry MARCUS et le Dr Hakson SJÖGREN (de Stockholm). *Revue neurologique*, juin 1938.

L'hémiballisme est une hypercinésie très violente d'un genre très spécial. On distingue du paraballisme, du biballisme et du monoballisme (H. Marcus et H. Sjögren).

Pour ces auteurs la localisation cérébrale de la chorée est entièrement différente de celle de l'hémiballisme. C'est au corps de Luys qu'il faut faire jouer un rôle étiologique dans ce syndrome. Son altération produit cette anomalie motrice qu'est l'hémiballisme. Il peut encore être lié d'ailleurs aux altérations des voies unissant le corps de Luys aux noyaux gris les plus proches de la base de l'encéphale.

MM. Marcus et Sjögren rapportent cinq observations dont trois vérifiées anatomiquement qui les confirment dans leur opinion.

S'agit-il d'irritation ou de carence ? Les auteurs admettent que l'hémiballisme est à envisager comme un syndrome par défaut : il y aurait suppression du contrôle exercé normalement par le corps de Luys sur l'amplitude des mouvements normaux. Le corps de Luys est un frein. L'hémiballisme est un syndrome de carence fonctionnelle et non d'irritation. La destruction des noyaux péri-luysiens n'entraîne pas l'apparition d'un syndrome hémiballique. Les observations des auteurs sont en faveur de cette théorie, et se distinguent de celles de la littérature par l'évolution qui s'est montrée favorable dans deux cas contrairement à l'opinion courante. Les auteurs achèvent par un acte de foi en la neurochirurgie de ce syndrome, leur intéressant travail.

M. LECONTE.

**Paramyoclonus multiplex et neurosyphilis** (Paramyoclonus multiplex and neurosyphilis), par Samuel M. WEINGROW. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. T. LXXXV, n° 5, p. 557-560, mai 1937.

La diffusion des lésions dans un cas de neurosyphilis permet à M. Weingrow d'isoler certains syndromes qu'il est généralement difficile de reporter à une étiologie déterminée. L'hypothèse de lésion des cornes antérieures de la moelle dans le paramyoclonus multiplex n'est pas admissible. La participation des muscles de la face, le signe d'Argyll-Robertson, des phénomènes d'hyperhémie ascendante à disposition métamérique indiqueraient plutôt une atteinte combinée des noyaux gris (peut-être du locus niger) et des cornes latérales de la moelle.

P. CARRETTE.

**Les troubles de la sensibilité dans le cadre de la sclérose latérale amyotrophique**, par P. CORAZZI. *Rassegna di Studi Psichiatrici*, oct. 1937.

En général et d'après la doctrine commune, les troubles subjectifs sont fréquents, les troubles objectifs exceptionnels.

L'auteur s'élève contre cette opinion courante et estime au contraire que les troubles objectifs de la sensibilité se rencontrent très souvent dans la sclérose latérale amyotrophique. Cette opinion se contrôle d'ailleurs par l'examen anatomo-pathologique des lésions que l'on retrouve dans les cas typiques de la maladie de Charcot.

Paul ABÉLY.

**Maladie de Charcot-Marie-Tooth avec atrophie optique primitive** (Charcot-Marie-Tooth Disease with Primary Optic Atrophy), par Daniel E. SCHNEIDER et Milton M. ABELES. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. T. LXXXV, n° 5, p. 540-547, mai 1937.

L'atrophie musculaire du type Charcot-Marie est observée avec une atrophie optique primitive chez deux frères. D'autres collatéraux paraissent également atteints. La réunion assez rare de ces cas familiaux reconnaît comme facteurs prédisposants la consanguinité et l'alcoolisme paternel.

P. CARRETTE.

**Herpès zoster consécutif à la ponction lombaire** (Herpes zoster following Lumbar Puncture), par H. R. CARTER. *The American Journal of Psychiatry*. T. XCIV, n° 2, p. 373-378, septembre 1937.

L'herpès consécutif à la ponction lombaire est rare. On l'impute parfois à la syphilis. Dans le cas présent, l'origine n'est pas douteuse. Les vésicules apparaissent 8 jours après la ponction et évoluent en une semaine. L'intervention avait été laborieuse et avait pu traumatiser les racines de la troisième paire lombaire. La répartition des lésions répond exactement à la distribution de l'innervation cutanée par les éléments nerveux intéressés.

P. CARRETTE.

## MÉDECINE LÉGALE

**Psychodiagnostic de Rorschach et Délinquance** (Psicodiagnostico de Rorschach y Delincuencia), par Julio ENDARA. *Archivos chilenos de Criminología*, T. I, p. 45-56, décembre 1937.

Les réponses faites aux tests psychodiagnostic de Rorschach fournissent d'intéressantes précisions sur le mode d'activité intellectuelle dominant chez les sujets délinquants soumis à l'examen. Dans la majorité des cas il s'agit de débiles mentaux, mais il est important de préciser la mobilité affective, l'impulsivité, l'extraversion égocentrique chez des suspects dont on sollicite les aveux à propos d'attentats contre la propriété ou contre les personnes, de délits sexuels ou autres.

P. CARRETTE.

**Méthode à utiliser par le défenseur pour les recherches concernant la personnalité du criminel**, par B. MENDELSON. *Revue de Droit pénal et de Criminologie*, Bruxelles, 1937.

L'établissement du dossier du criminel par son avocat comporte les résultats de l'instruction, des entrevues, de l'expertise. M. Mendelson note les lacunes des procédés courants et propose la constitution d'un questionnaire. Il offre à l'accusé un moyen de documentation unique. C'est une enquête sur la personnalité du prévenu, sur sa famille, sur sa vie antérieure, ses aptitudes, sa santé, ses habitudes, sur les victimes et les témoins. L'auteur démontre que cette méthode n'est pas pour l'accusé une source de suggestions mensongères et n'exige pas un effort exagéré de sa part. Elle permet d'intégrer aux renseignements obtenus les arguments médico-sociaux complémentaires et de confronter les documents avec un minimum de causes d'erreurs.

P. CARRETTE.

**Sur la sortie de l'asile des aliénés criminels. A propos d'une tentative d'homicide**, par A. FRANCHETEAU. *Le Progrès médical*, n° 32-33, p. 1174-1177, 7 et 14 août 1937.

Il est des cas où un aliéné apparemment guéri et paraissant répondre aux conditions requises pour la sortie de l'asile doit être cependant maintenu ou surveillé en raison du danger qu'il fait courir à ses semblables. M. Francheteau rappelle, à propos d'une tentative d'homicide, les dispositions légales adoptées par la Belgique pour la sortie des aliénés dangereux. Le contrôle s'exerce grâce à une Commission spéciale qui fixe la résidence du sujet et lui interdit l'accès des débits de boissons au cours de sorties d'essai.

P. CARRETTE.

# VARIETÉS

---

## SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

### Séances

La *séance supplémentaire* du mois de FÉVRIER de la Société Médico-psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *jeudi 9 février 1939*, à 9 heures 30 *très précises*, à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV<sup>e</sup> arrondissement), dans l'Amphithéâtre du Pavillon Magnan.

La *séance ordinaire* du mois de février de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 27 février 1939*, à 4 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI<sup>e</sup> arrondissement).

La *séance supplémentaire* du mois de MARS, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *jeudi 9 mars 1939*, à 9 heures 30 *très précises*, à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV<sup>e</sup> arrondissement), dans l'Amphithéâtre du Pavillon Magnan.

La *séance ordinaire* du mois de mars de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 27 mars 1939*, à 4 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (XIV<sup>e</sup> arrondissement).

## HOPITAUX PSYCHIATRIQUES

### Distinctions Honorifiques

*Médaille d'Honneur des épidémies :*

La Médaille d'Honneur des épidémies (en argent), a été décernée à M. le Dr ROCHAIX, Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique départemental du Vain-tier (Rhône).

### Nominations

M. le Dr SCHÜTZENBERGER est nommé Médecin-Directeur de l'Hôpital psychiatrique de Blois (Loir-et-Cher).

## Postes vacants

Sont déclarés vacants :

- le poste de Médecin-Directeur de l'Hôpital psychiatrique de Ravenel (Vosges), (poste créé) ;
- un poste de Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique de Stephansfeld (Bas-Rhin) ;
- un poste de Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique de Hoerdlt (Bas-Rhin) ;
- un poste de Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique de Caen (Calvados) ;
- un poste de Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique autonome de Château-Picon, à Bordeaux (Gironde) ;
- un poste de Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique de Châlons-sur-Marne (Marne) ;
- un poste de Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique de Maréville (Meurthe-et-Moselle) ;
- un poste de Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique de Blois (Loir-et-Cher) ;
- un poste de Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique de Saint-Venant (Pas-de-Calais) ;
- un poste de Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique du Vinatier (Rhône), (poste créé) ;
- un poste de Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique de Vauclaire (Dordogne) ;
- un poste de Médecin-Chef à la Colonie familiale de Dun-sur-Auron (Cher).

## SOCIÉTÉS, RÉUNIONS ET CONGRÈS

### Société de Neurologie et de Psychiatrie de Buenos Aires

Le Bureau de la Société de Neurologie et de Psychiatrie de Buenos Aires est ainsi constitué pour 1939-1940 :

Président : M. le Professeur Raúl SANCHEZ ELIA.  
 Vice-Président : M. le Professeur Fernando GORRITI.  
 Secrétaire : M. le Dr Luis M. MARTINEZ DALKE.

### 5<sup>e</sup> Réunion annuelle de la Société des Neurologistes et Psychiatres allemands

La 5<sup>e</sup> Réunion annuelle de la Société des Neurologistes et Psychiatres allemands se tiendra, à Wiesbaden, du 25 au 28 mars 1939.

Des séances communes avec les Journées médicales de la Société allemande de Médecine interne auront lieu le 27 et le 28 mars.

Le Comité international de psychiatrie infantile se réunira également dans l'après-midi du mardi 28 mars.

### VI<sup>e</sup> Réunion Européenne d'Hygiène Mentale (Lugano, 4-6 juin 1939)

La VI<sup>e</sup> Réunion Européenne d'Hygiène mentale se tiendra à Lugano les dimanche 4, lundi 5 et mardi 6 juin 1939 sous la présidence du Dr REPOND (de Malévoz-Monthey), président de la Ligue Nationale Suisse d'Hygiène mentale.



Elle fera suite à l'Assemblée des Sociétés Suisses de Psychiatrie et de Neurologie qui aura lieu dans la même ville le samedi 3 et le dimanche 4 juin.

Le Comité National Suisse d'Hygiène mentale a décidé de consacrer tous les travaux de la VI<sup>e</sup> Réunion Européenne d'Hygiène mentale à ce thème unique : « *La compréhension mutuelle et l'hygiène mentale,* »

### III<sup>e</sup> Congrès International de Neurologie (Copenhague, 21-25 août 1939)

Le III<sup>e</sup> Congrès International de Neurologie se tiendra à Copenhague, du 21 au 25 août 1939, sous la présidence du Professeur VIGGO CHRISTIANSEN.

Trois sujets ont été mis à l'ordre du jour de cette session :

- le système endocrino-végétatif et sa signification pour la neurologie ;*
- les maladies nerveuses héréditaires, notamment en ce qui concerne leur genèse ;*
- problèmes concernant les avitaminoses, notamment par rapport au système nerveux périphérique.*

## ASSISTANCE

### L'Assistance aux Parkinsoniens post-encéphalitiques en Italie

Dans de nombreuses cliniques neurologiques, en Italie, des sections spéciales ont été réservées à l'assistance aux parkinsoniens post-encéphalitiques

Des sections spéciales ont été réservées dans de nombreuses cliniques neurologiques, en Italie, à l'assistance aux parkinsoniens post-encéphalitiques et à leur traitement par la cure bulgare d'Ivan Raëff.

A Rome, cette section est installée dans un pavillon de construction moderne, le « pavillon Regina Elena », à l'Hôpital Humbert I<sup>er</sup>, et comprend 200 lits.

---

*Le Rédacteur en chef-Gérant : René CHARPENTIER.*

---

Imprimé par Imp. A. COUESLANT (personnel intéressé)  
à Cahors (France). — 57.614

# ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

---

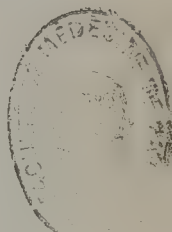
## MÉMOIRES ORIGINAUX

---

### INTRODUCTION A L'ÉTUDE DE LA PSYCHIATRIE CHEZ LES NOIRS <sup>(1)</sup>

PAR

H. AUBIN



### III. — DONNÉES CLINIQUES

Avertis de l'attitude fréquente de « reniement » et des grands syndromes habituellement observés chez les Noirs, nous allons essayer d'étudier quelques traits de leurs psychoses, dans le même milieu.

Il s'agit, nous l'avons dit, de tirailleurs sénégalais, c'est-à-dire de Noirs de l'A.O.F., *adultes jeunes, transplantés*, et ayant fait l'objet d'une certaine sélection au moment de l'incorporation. Nos remarques découleront, dans une certaine mesure, de ces conditions biologiques et sociologiques dont nous essayerons de préciser les limites ; la plupart d'entre elles conserveront, pensons-nous, une valeur plus générale, qui les rendra applicables aux sujets de même race, dans le pays d'origine.

(1) Voir *Annales Médico-psychologiques*, janvier 1939, page 1.

### Les débiles

La débilité est une étiquette dont on a beaucoup abusé chez l'indigène ; il faut reconnaître qu'il est souvent difficile de différencier de la débilité certains états d'obnubilation, de torpeur, de dissociation hétérophrénique et même de dépression.

La pauvreté du délire n'est pas un test suffisant, car elle peut tenir à l'adoption automatique des thèmes explicatifs en honneur dans la tribu.

*Le primitivisme* qui ne doit pas être confondu avec la débilité est, nous l'avons vu, souvent *responsable de l'allure discontinuée* des psychoses, des réactions explosives, des tendances à l'onirisme, etc., et même de cette *crédulité* dont les loustics s'amuse et qui peut être à l'origine de drames terrifiants : on fait croire au tiraillleur débile, ou simplement naïf à l'excès, qu'il va être fusillé ou dégradé, etc...

Voici, par exemple :

T.S. (obs. 345) hospitalisé pour bilhaziose vésicale ; un mauvais plaisant lui a fait croire que s'il entrait à l'hôpital on lui couperait les bras et les jambes. D'où de violentes crises anxieuses avec fugues et tentatives d'évasion.

Inouso (obs. 360) lui, est un arriéré authentique ; il n'a pas compris le danger des armes à feu et à la première séance de tir, il décharge son arme n'importe où, manquant de peu un groupe de camarades.

### Les états névropathiques

Se manifestent surtout sous la forme d'*asthénie* avec *troubles cénesthésiques*, *hypocondrie*, *raptus anxieux*. On ne rencontre guère d'obsessions vraies que chez les sujets évolués. Le *spleen*, la hantise du pays natal, ne saurait être considéré sous ce jour. C'est, en effet, l'aboutissant logique et fréquent de toute une série de facteurs : déracinement brutal, isolement ethnique et linguistique, facteurs météorologiques, changement d'alimentation, etc...

L'anxiété, en dehors de l'onirisme terrifiant, revêt souvent la forme d'une *panophtobie* plus ou moins intense, se manifestant par une attitude craintive, des réactions de fuite ou de claustration au moindre incident : porte qui s'ouvre, examen du médecin, etc. (Obs. 304).

*Camara Faciné* (obs. 312) à la suite d'une discussion avec un sous-officier devient inquiet, ne dort plus, s'alimente mal, pleure à tout propos, etc... Dans mon bureau, il est épouvanté en me voyant saisir un marteau à réflexes ou la lampe électrique. Il est impossible de l'examiner. Son pouls bat à 140. Au bout de quelques jours il reprend confiance et on peut même lui faire une ponction lombaire qui dénote 0,20 d'albumine et 4,2 éléments sans autre signe somatique notable.

Chez *Firé Sidibé* (obs. 355) nous allons trouver un état intermédiaire entre l'obsession et le délire : *la crainte d'être accusé de vol*. C'est un jeune tirailleur, n'ayant que quelques mois de service et qui semble avoir été recruté dans des conditions assez pittoresques : n'avoir pas compris tout de suite ce qui lui arrivait et s'être imaginé tout d'abord qu'on l'accusait de vol. Nous allons voir que c'est une préoccupation qui vient souvent à son esprit.

Très rapidement il est envoyé en France, n'ayant guère eu le temps de s'habituer à un changement de milieu et de genre de vie, ignorant tout de la langue française.

Au cours de ces quelques mois, tant en A.O.F. qu'en France, il donne satisfaction, mais on remarque qu'il exécute son travail dans le mutisme le plus absolu.

Quelques semaines après son arrivée à Fréjus, survient un incident assez peu clair : portefeuille trouvé par lui, rendu d'ailleurs spontanément, dit-il, à son propriétaire ; mais il craignait d'être pris pour un voleur, d'être poursuivi à l'instigation d'un sous-officier qui était malveillant à son égard et d'être condamné à un châtiment sévère, châtiment dont il semble se faire une idée conforme aux usages barbares de son pays et qui l'épouvante (main coupée).

Pris de terreur, il s'enfuit, et pendant vingt jours, il vit dans la campagne, travaillant dans une ferme où on le nourrit assez chichement sans doute, car il revient fatigué et amaigri.

Il se présente au Camp, ne paraissant pas avoir compris qu'il avait commis une faute grave, narrant avec loquacité ses inquiétudes et ses aventures.

Envoyé à l'hôpital, on remarque son air craintif ; il s'isole, paraissant à tout moment redouter un danger, se protégeant du bras au moindre geste (qu'il prend pour une menace), terrorisé au moindre examen. Il ne va pas à table avec ses camarades : tantôt il refuse de manger ; tantôt, seul dans un coin, il dévore ; la nuit il se couche sous son lit ; son sommeil est agité.

Au bout de quelques jours il commence à se rassurer, mais son inquiétude ne demande qu'à se réveiller et un petit état anxieux s'installe au moindre prétexte ; c'est ainsi qu'il croit découvrir dans les propos et dans les allées et venues de ses camarades une machination contre lui : on va mettre dans son lit une boîte contenant de l'argent, puis l'accuser d'avoir volé ; toujours ce thème vraiment obsédant du vol.

A côté de cette première forme de troubles névropathiques, ceux de la *série hystérique* méritent une très large place.

Ils se présentent très souvent associés à une psychose (accès maniaque ou mélancolique, démence précoce, etc.), ou à un état neuro-organique manifeste ; dans nos observations, par exemple, ils furent la première manifestation d'un délire aigu (obs. 316), d'une trypanosomiasse, d'une helminthiase intestinale, d'un état hypoglycémique (obs. 353), voire d'un vulgaire mal de mer (obs. 302) ; ils sont encore observés à la suite d'injections douloureuses (obs. 327).

Les formes les plus fréquentes en sont la crise convulsive à grand spectacle, la crise de rigidité, les paralysies, les états oniroïdes, l'écho-lalo-kinésie (latah des Malais, à ne pas confondre avec les différentes manifestations de suggestibilité chez les catatoniques).

Dans l'obs. 313 (voir Reniement), nous avons cité quelques manifestations pithiatiques (trismus, crises de polypnée, crises oculogyres) particulièrement nettes. Ajoutons que ce malade, convalescent de son état dépressif, présente encore pendant longtemps de curieuses attitudes. Dès que le regard du médecin se pose sur lui il se fige, devient cataleptique, puis, au bout d'une minute ou deux, étend le bras, fléchit le coude, exécute plusieurs autres mouvements de gymnastique, puis se détend un peu et reprend un bon sourire ; mais malgré l'invigoration la plus impérative, malgré plusieurs séances de scopo-chloralose (technique Baruk), malgré les traitements électriques pénibles (et redoutés du sujet) ordonnés par un de nos collègues, on ne peut obtenir de guérison rapide.

✓ OBS. 161. — *Samba Diallo*. Toucouleur. 5 ans de services. Très bien noté. Petit état dépressif, s'isole, paroles rares, hospitalisé pour *crises pithiatiques* le 12 juin.

Nous constatons en effet que ce malade tombe et reste immobile sur le sol, ayant l'air d'avoir perdu connaissance ; mais si on l'interroge, après un temps perdu assez long, il répond d'une manière cohérente.

— légère hyperalbuminorachie (0,35) — œufs de ténia dans les selles ;

— après ingestion de pelletiérine *expulsion d'un ténia* ;

— disparition des crises ; le malade peut être envoyé à son corps guéri.

✓ OBS. 200. — Sénégalais, 2 ans de services, *crises* sans perte de connaissance. Détentes musculaires brusques, grince des dents, grogne et souffle, se met en boule, se cache le visage, se roule, fait des bonds désordonnés, marche à quatre pattes. Durée : 3 heures.

Bordet-Wassermann + + + dans le sang.

Examen somatique négatif.



OBS. 19. — *N'Taoudi, blessé par erreur, au Maroc, par une sentinelle, alors qu'il rentrait au camp.*

Quelques semaines plus tard, muté en Tunisie, il présente des *crises d'onirisme* : il a l'air d'assister à un spectacle effrayant ; il gesticule, brandit son rasoir, mais se laisse facilement désarmer. Ses visions s'inspirent de sa campagne au Maroc où, parfois, il se croit encore. Somnambulisme.

OBS. 344. — *Seydou Keita, Guinéen, 6 ans de services, crises convulsives pithiatiques depuis 3 ans, hémiparésie et hémianesthésie inorganiques, céphalée, palpitations ;*

*explication magique banale ; méfiant, réticent, un peu hostile ;*

*œufs d'ankylostome dans les selles ;*

*examen somatique négatif.*

Les *facteurs sociologiques* ont, dans l'hystérie, un intérêt incontestable ; on trouve, dans les cérémonies, dans les rites, dans les fêtes, mille causes de libération des automatismes habituels ; les légendes et le folk-lore fournissent les exemples les plus tentants.

*La constitution mythomaniacque est loin d'être la règle* chez ces malades ; ce sont très souvent d'excellents soldats, animés du meilleur esprit de discipline et dont le passé est vierge de tout stigmate de cet ordre.

Ces états sont souvent *rebelles au traitement* ; ainsi que nous l'avons déjà dit, le malade, persuadé que seuls, les *sorcières* de son pays peuvent le guérir d'influences magiques inconnues des Blancs, ne sont pas toujours modifiés par un simple torpillage, ni par un simulacre d'opération.

.....  
Leur pronostic et les règles d'assistance aux névropathes ne sont pas les mêmes que pour nos compatriotes ; le faible « niveau de dissolution » que supposent ces états suffit, chez le primitif, à déclancher des *réactions antisociales graves* : fureur homicide, mutilation, suicide. Nous insistons ailleurs sur ces faits.

### Les états dépressifs

Ce sont, *de beaucoup, les manifestations les plus fréquentes* et ce sont celles qui attirent le plus vite l'attention : elles contrastent, en effet, avec l'insouciance habituelle du Noir, sa bruyante gaité, son optimisme : on sait combien sont touchants

ces braves tirailleurs qui, jusqu'au seuil de la tombe, disent au médecin ou aux infirmiers : « Y a bon. Y a bon quand même. » L'indigène Nord-Africain, au contraire, à la moindre maladie, se trouve démoralisé et prend l'air d'un moribond. Il est cependant des groupes ethniques, en particulier ceux qui habitent la grande forêt équatoriale, qui sont d'un naturel moins expansif.

Les *psychoses réactionnelles* sont ici nombreuses : le dépaysement, l'isolement ethnique, les déceptions (échec au peloton d'élève caporal, etc.), les chocs émotionnels (punition incomprise, hospitalisation prolongée, etc...) peuvent être les seules causes décelables de syndromes dépressifs simples, mais aussi d'états névropathiques ou de réactions furieuses dont nous avons déjà parlé.

A notre avis, il faut tenir compte d'états organiques, en apparences bénins, mais qui nous paraissent susceptibles de favoriser dans une très large mesure les syndromes mentaux : traumatismes, helminthiase, angines, *blennorragie* surtout, etc...

Nous n'insisterons pas sur les syndromes dépressifs des importants états organiques qui nous arrêteront plus loin et spécialement sur les *psychoses* des *alcooliques* et des *sommeilleux*.

Dans divers cas nous avons pu mettre en évidence un syndrome parkinsonien fruste, une syphilis nerveuse sérologique, une tuberculose pulmonaire discrète, etc...

Le pronostic de ces états, lorsque le substrat en est inconnu, peut être délicat et faire craindre par exemple une démence précoce ou une psychose hallucinatoire chronique.

La MÉLANCOLIE fait sa preuve fréquemment par l'accès maniaque qui suit ou précède.

Le malade se présente habituellement sous l'aspect classique, concentré et douloureux, ou plutôt avec une nuance hargneuse ou d'hostilité qui peut brusquement se changer en *raptus furieux* (voir états de fureur) que l'on ne s'attendrait pas à trouver ici.

Il se prête de mauvaise grâce à l'examen physique, roule des yeux furibonds si l'on découvre ses organes génitaux ; il refuse de manger ou de répondre ; la torpeur, le ralentissement de l'idéation sont d'ordinaire plus nets que la tristesse et vont fréquemment jusqu'à la *stupeur*, avec parfois des signes de la série catatonique (obs. 156).

L'*anxiété* se manifeste par bouffées (*avec illusions et hallucinations*) et sous la forme d'*onirisme terrifiant* (voir onirisme terrifiant) dans un grand nombre de cas ; le thème *persécutif* à base d'interprétations, en sera l'expression ordinaire et pourra déterminer de graves réactions.

Obs. 320. — *Sergent D. M.*, Guinéen, 11 ans de services.

Prodromes = malaises, douleurs diffuses, troubles cénesthésiques.  
Demande de rapatriement pour raison de santé.

Puis *délire de persécution* : un homme de son pays, qui avait été fiancé avec sa femme, le poursuit de sa haine et lui a fait avoir diverses maladies : ulcère phagédénique, dermatose avec prurit, etc...

Son corps est pourri, sent mauvais ; les camarades à cause de cela se moquent de lui.

« Il faut que je rentre dans mon pays, ajoute-t-il, pour rendre la femme à mon rival et ainsi je guérirai. »

Présentation mélancolique.

Rectification complète en 3 mois environ.

Le *délire d'indignité* qui nous a paru rare dans d'autres populations indigènes, n'est pas exceptionnel dans le milieu qui nous occupe aujourd'hui, du moins chez les sujets évolués.

Le *Sergent A.* (obs. 6) s'accuse de *dettes imaginaires* et, avec son coupe-coupe, s'ampute d'un doigt. Il rectifie au bout de quelques jours, devient calme et souriant ; puis dans un nouveau paroxysme, et pour le même motif, tente de s'ouvrir la gorge.

Le *Caporal T.* (obs. 16) demande à rendre ses galons pour « incapacité à l'emploi de gradé ».

*Do Koné* (154) s'accuse de trop manger, etc...

Les *idées de négation* et le syndrome de Cotard ont été plusieurs fois observés.

Le *Dahoméen A.* (obs. 38) déclare que A. n'existe plus et qu'il est le Sénégalais Sefraoui, parce que ses chefs étaient mécontents de lui (tentative de suicide avec son couteau) ; guérison en quelques semaines.

*Tiéflé Koulibali* (obs. 378) se lève, au milieu de la nuit, et va trouver un sergent indigène ; un tirailleur, dit-il, lui a tiré un coup de fusil et l'a tué, puis il l'a coupé en morceaux et il a jeté les morceaux en l'air ; on lui a coupé la gorge ; on l'a jeté à l'eau et fait périr encore 3 ou 4 fois — puis on a voulu le tuer avec l'auto-mitrailleuse, mais il était invulnérable, etc...

Mais plus souvent les *troubles cénesthésiques* atteignent une intensité moindre et alimentent de banales *préoccupations hypochondriaques*.

« Je suis faible comme une paille, dit B. (obs. 27) ; un coup de vent m'emporterait. »

*Naugna* (obs. 333). Bambara, musulman très bien noté, débrouillard et actif. Devient triste, annonce qu'il va mourir, demande à quitter son emploi d'ordonnance, *refuse la moitié de sa solde* ; étant de faction tire un coup de fusil en l'air.

« Quelquefois, la tête pas bon, dit-il ; *la tête devient grande*, les autres ne le voient pas, moi non plus, mais ça fait mal... », « quand j'ai tiré des coups de fusil, c'était pour faire partir les diables, ils étaient beaucoup, grands et pas méchants ou petits comme ça (il montre de 0,10 à 1 mètre), je les voyais, je les entendais dire : « Tu vas mourir », puis ils tombaient sur mon dos. »

« Si y a pas faire prière dans la brousse (*scrupules religieux*), y en a foutu complètement, y a faire fou, fini parler, moi rester sans rien faire. » (inertie).

Examen somatique négatif.

Bordet-Wassermann positif dans le sang ; Liquide céphalo-rachidien normal.

Obs. 324. — *H. A.*, Sénégalais, 3 ans de services.

Accès dépressif il y 2 ans. Blennorragie récente. Triste, sentiment d'incurabilité et de mort prochaine. Toutes les nuits dès qu'il s'assoupit, *il se sent jeté à terre*, ou bien *il a l'impression de monter au plafond*, et en même temps il éprouve une certaine angoisse. Il s'éveille, puis les mêmes phénomènes se reproduisent.

Examen physique : pouls debout 104, pouls couché 64 ; R.O.C. 48 avec affaiblissement et irrégularité des pulsations.

Bordet-Wassermann dans le sang positif.

Par ailleurs rien à signaler.

Amélioration presque immédiate des troubles cénesthésiques et disparition de l'impression de lévitation sous l'influence de l'association gardénal-tartrate d'ergotamine.

Les idées de *possession*, de *zoopathie*, sont banales :

*Kouassi* (obs. 326), depuis quelques mois est devenu triste, ne frayant plus avec ses camarades, pleurant parfois à chaudes larmes tout en tremblant de tout son corps.

Il sent une *petite bête qui circule dans son corps* ; une petite bête rouge, comme un ver, qui le fait souffrir jour et nuit, tantôt dans le dos, tantôt dans le cœur, puis partout.

C'est un camarade qui, après une dispute pour un morceau de viande, a jeté la bête dans son assiette ; depuis lors elle a grandi et bientôt elle fera des petits ; il faut, d'urgence, le rapatrier, car les Blancs ne peuvent rien pour lui ; seul son père a le pouvoir de la lui arracher avec les dents ; il sera alors guéri et fera son service.

Un jour il localise l'animal à l'appendice xiphoïde. On fait un simulacre d'intervention — après une injection de novocaïne sous la peau, il admet qu'il ne sent plus la petite bête — on lui montre une

allumette teinte à l'encre rouge ; épouvanté il la reconnaît. Le lendemain il déclare qu'il ne la sent plus circuler, mais ne paraît nullement satisfait, malgré les efforts de psychothérapie. Quelques jours plus tard, il affirme que le parasite est revenu et devient plus sombre que jamais.

*Maïssa Taraoré* (obs. 332) réunit des idées délirantes de plusieurs teintes.

Sa maladie a débuté par des douleurs aux jambes ; un camarade caporal lui a fait manger un citron renfermant un gri-gri et lui a dit : « Maintenant, toi fichu » et puis : « Quand ton père te verra, il se mettra à rire et dira : « Ça, c'est pas mon fils. » Après avoir mangé le citron il n'a plus pu parler, les jambes ont tremblé, le cœur était fou, le ventre cassé complètement, les pieds noirs (!) et pourris.

Un peu plus tard, il s'accuse de 3 crimes : « Quand j'étais petit, j'ai niqué avec les bœufs. La deuxième fois c'était avec les moutons », la troisième fois il a tué et mangé une chèvre qui venait dévaster son champ.

Il a peu après des idées de suicide, décelées au moment de la distribution de ses affaires aux camarades.

Les réactions des mélancoliques noirs sont particulièrement redoutables : fureur homicide, auto-mutilations (section des organes génitaux, d'un doigt) fugues (désertion) souvent terminées par une tentative de suicide.

Il importe donc de mettre soigneusement ces sujets en observation dès l'apparition des troubles et d'étudier aussi soigneusement qu'on le peut leurs préoccupations et leurs délires ; la *hantise du rapatriement* doit être prise au sérieux et j'ai dû maintes fois intervenir pour hâter les formalités administratives dont la lenteur exaspère le malade, lui donne le sentiment qu'on le trompe et le pousse parfois à des gestes de désespoir.

OBS. 4. — *Rémi Diallo*, 13<sup>e</sup> R.T.S. Evacué d'Algérie ; au début *blennorrhagie aiguë*, constipation opiniâtre. Hospitalisé au bout d'un mois et demi, s'isole, air inquiet puis immobile, mutisme, refus d'alimentation, crises subites d'agitation dans la nuit ; anxiété intense, parle abondamment, voit le village en feu, le chef dans la case de ses parents, *visions terrifiantes multiples*. Veut fuir.

Le surlendemain crise analogue.

8 jours plus tard, paraît mieux, s'alimente, activité correcte ; ne paraît plus avoir de troubles mentaux.

3 semaines après, raconte qu'on veut lui couper la verge ; déclare qu'il préfère qu'on lui coupe la tête.

Le lendemain *tente de se couper la verge* ; refus d'aliments ; déclare qu'il a voulu se mutiler pour ne pas faire son service, on l'a pris malgré lui pour le service, il se tuera. Le jour suivant de nouveau calme.



### Les états d'excitation

LE SYNDROME MANIAQUE peut être si typique qu'il entraîne d'emblée le diagnostic : le regard vif, la parole abondante, le faciès illuminé d'un large sourire, le malade se livre à toutes sortes de facéties puériles, tripote tous les objets à portée de sa main, oublie les attitudes militaires; si l'on s'oppose à ses jeux, il entre en *fureur* et contrairement au maniaque de nos pays, *peut avoir des réactions dangereuses* (voir : *fureur*, obs. 164).

Il garnit ses membres et sa chéchia de galons ou d'oripeaux, se vante d'être caporal ou colonel (on pourrait presque parler de « signe du galon »), fait mille grimaces, soliloque, chante ou pleure bruyamment.

*Amadou* (obs. 207), plonge tout habillé dans l'abreuvoir pour laver sa gamelle ; *Boulaudi* (obs. 311) chipe la serviette du médecin et riant, comme seuls les nègres savent rire, y enferme toutes sortes d'objets hétéroclites.

*K.* (obs. 364) grimpe aux fenêtres, s'amuse avec les vasistas, s'empare du marteau à réflexes et fait milles pitreries.

*Mosso* (obs. 70), lépreux (conscient de sa maladie), fait surtout preuve d'excitation sexuelle, réclame une femme dans tous les services vers lesquels il peut s'échapper ; irritable et querelleur, il mord un de ses voisins de chambre (peut-être avec l'arrière-pensée de le contaminer).

*La forme CONFUSIONNELLE* est particulièrement fréquente (Peyrot) surtout dans la manie *épileptoïde*. L'association à un *délire de revendication* est surtout le fait des sujets évolués, tels que *T.* (ob. 92) *sénégalais chrétien*, bien noté pendant 4 ans et qui se montre ensuite indiscipliné, impertinent, irritable, menteur, multiplie les plaintes orales et écrites, adresse de tous côtés des lettres pittoresques, sous de vieilles enveloppes aux timbres oblitérés.

Nous arrivons ainsi aux *syndromes d'excitation atypiques* qui orientent immédiatement vers les divers syndromes toxiques, infectieux, parasitaires (alcoolisme, épilepsie, syphilis, trypanosomiase, etc...). Mais l'on ne saurait trop insister sur le fait que *même dans les formes les plus franches de la manie*, il est prudent de bien étudier le terrain et de songer spécialement aux deux dernières étiologies que je viens de citer.

L'origine *réactionnelle* des états d'excitation peut être parfois admise, comme par exemple dans le cas de *F.T.* (obs. 29) qui fit

un accès d'excitation furieuse à la caserne et au moment de son entrée à l'Hôpital. C'était le seul résultat d'une discussion au cours de laquelle un de ses camarades lui avait brisé ses gris-gris. Le jour même ce malade se calma et l'observation ultérieure démontra son intégrité physique et mentale.

### Les psychoses périodiques

En dehors des formes banales, on remarque assez souvent chez le primitif, comme chez les enfants (Delmas, Baruk) des *accès courts et atténués* ou évoluant par *brèves décharges* d'excitation ou d'anxiété, *séparées par des intervalles de calme* et de lucidité. Il peut y avoir dans ces cas un fond de débilité, un syndrome toxique ou un état pré-schizophrénique, mais ce n'est nullement indispensable.

Ainsi S. (obs. 13) présente de temps à autre des crises d'hypomanie avec logorrhée, excitation motrice, déambulation continue; cela dure deux jours. Puis docile, il se remet au travail et recommence au bout d'une semaine. Un peu plus tard les accès d'excitation sont seulement nocturnes (déchire sa literie, etc.).

M. (obs. 20) est pris pendant quelques jours d'anxiété avec onirisme terrifiant; il fait alors des fugues ou menace ses camarades de sa baïonnette ou de la première arme qui lui tombe sous la main. Il reste calme pendant 2 mois, puis récidive à l'occasion d'une vive contrariété (évacuation sur Fréjus).

Les psychoses périodiques peuvent revêtir non seulement des formes d'excitation ou de dépression, mais encore comprendre des *accès confusionnels*, des *syndromes paranoïaques*, *stuporeux*, etc...

Ainsi Amadou (obs. 110) se plaint d'être l'objet de brimades de la part des gradés et de ses camarades; d'où ses plaintes multiples et injustifiées, ou querelles incessantes avec ses camarades. Au bout de 6 semaines, il sort, paraissant guéri; mais il revient bientôt, franchement mélancolique, marmottant des prières, inerte et recherchant la solitude.

Le Sergent F. J. (obs. 321), après de remarquables états de services pendant 4 ans, devient indiscipliné, reyendicateur, adresse des lettres anonymes, néglige totalement sa tenue, fréquente les milieux les plus déplorables et les prostituées blanches de la plus basse espèce. Ceci dure près de 5 ans, mais avec des rémissions au cours desquelles il se rachète et accomplit même des actions d'éclat (médaille militaire

pour son dévouement au cours des inondations de Montauban). Ensuite, pendant 3 ans, sa conduite reste impeccable, pour donner lieu encore ensuite, pendant 3 ans, à de nombreuses anomalies : périodes d'isolement et de tristesse, exaltation religieuse nocturne ; puis irritabilité, conflits avec ses hommes, sentiment d'hostilité générale, interprétations nettement délirantes, croyance en des manœuvres de sorcellerie par périodes, abus éthylique avec onirisme nocturne.

### Les délires chroniques

Nous nous trouvons dans de mauvaises conditions d'observation pour ces psychoses ; l'élément militaire ne comprend guère que des sujets de 20 à 35 ans, c'est-à-dire au-dessus de l'âge habituel. Nous n'observons nos malades que peu de temps (3 ou 4 mois) et nous manquons du test évolutif pour confirmer ou infirmer nos remarques ; les sujets suspects peuvent être éliminés dès la phase podromique, avant que leur état mental soit caractéristique. Ainsi des manies hargneuses pourront être confondues avec des délires passionnels, des mélancolies délirantes avec des délires interprétatifs hyposthéniques, des psychoses alcooliques prolongées avec des psychoses hallucinatoires chroniques, etc. *On attache communément trop d'importance au thème persécutif* (dont nous avons plus haut spécifié la banalité et la signification réactionnelle) et l'on porte à la légère un pronostic mental très sombre. Il ne faut pas tomber non plus dans l'excès inverse et éliminer le diagnostic de délire chronique dès que l'on observe une rémission, car ici encore l'évolution est essentiellement *discontinue*, et des intervalles de calme avec rectification (ou reniement) peuvent en imposer pour une guérison.

LES DÉLIRES PASSIONNELS eux-mêmes prennent cette allure ; nous avons récemment rapporté avec Barreaux le cas d'un sous-officier européen dont le délire se développait d'une manière remarquablement *synergique* avec les phénomènes moteurs, symptomatique des poussées successives d'une sclérose en plaques (1). Chez les indigènes il nous a paru qu'il en était souvent de même.

Ainsi dans l'obs. 65 (voir alcoolisme) les phases de revendication sont parallèles aux périodes d'imprégnation éthylique.

Chez J. (obs. 362) l'aspect passionnel est plus pur, l'évolution se

(1) *Encéphale*, mai 1938.

fait par bouffées d'exaltation, séparées par des périodes de calme relatif. Le substrat n'a pu être précisé, mais il comporte un *manifeste déséquilibre neuro-végétatif* : (pouls, debout : 64 ; couché : 68 ; R.O.C., couché : 68 ; debout : 72) ; donc inversion des réflexes clinostatiques et oculo-cardiaques ; de plus la fréquence du pouls change notablement d'un jour à l'autre, l'indice oscillométrique est d'une grande variabilité. A 8 du monomètre, nous trouvons les valeurs : 1, 1 1/2, 6, 1, 3, 1, etc... pour des systoles successives. Dans les phases évolutives, ce malade se présente à nous très excité, le verbe haut, la parole précipitée : de fines fibrillations animent les peauciers de la face ; les mains tremblent ; il n'écoute pas ce qu'on lui répond. Ses nuits sont mauvaises, il s'énervé, s'irrite pour un rien.

Le thème de sa revendication mérite d'être rapporté, car nous l'avons retrouvé chez d'autres indigènes et il est bien significatif : *c'est la haine pour les sujets de sa race*, la croyance en leur hostilité (conséquence possible de sa propre attitude), les réclamations acharnées pour être mis dans une arme métropolitaine et considéré comme un européen.

J. cependant paraît, au début, avoir voulu se poser en « guide moral » des indigènes. « Je serai, disait-il, leur point de ralliement pour le grand jour de la révolte. » Ses officiers le soupçonnaient alors de propagande autonomiste. Puis il se plaint, à Sète, de vexations de la part des civils, mais sans pouvoir préciser ses griefs. Enfin il reprend avec véhémence des revendications au sujet de sa filiation. Son père, affirme-t-il, était un militaire européen : des voisins malveillants ont empêché sa légitimation et se sont emparés de l'argent qui lui revenait.

« Je ne peux plus vivre avec des Noirs ; j'ai fait beaucoup pour eux, mais je ne veux plus rester dans un régiment de Sénégalais. Ma tenue me diminue, cette chéchia me déshonore. Je ne veux pas servir ailleurs que dans une unité européenne. » Il proteste avec véhémence quand, à son entrée, on lui donne un lit dans une salle d'indigènes ; il se calme pendant quelques jours lorsqu'on le met dans une salle où il y a des européens.

Remarquons que J. est un Dahoméen, très intelligent, parlant parfaitement notre langue et qu'il a été, à la colonie, chauffeur du Gouverneur. Il n'en a pas moins dans ses périodes d'excitation, les réactions du tirailleur peu évolué : coupe-coupe toujours sur lui, baïonnette dissimulée sous sa paillasse, etc...

Voici maintenant un sujet moins européanisé : le caporal *Boubakar* (obs. 308), un bon serviteur, mais un peu trop primitif, de l'avis de ses chefs, pour être promu au grade supérieur. Bouc (c'est ainsi que le surnomment ses camarades en raison de sa barbiche) n'admet pas cette « injustice » ; son unique préoccupation devient alors de s'expliquer devant ses chefs et il multiplie les efforts pour être entendu du Général, sans l'autorisation de la « voie hiérarchique ».

De même N. (obs. 22), mauvais soldat, ivrogne, voleur et débauché, multiplie les réclamations pour obtenir le galon de caporal et va jusqu'aux menaces de mort. Mais ici la déchéance *alcoolique* joue le rôle essentiel.

Nous en arrivons ainsi aux délires de revendication transitoires *réactionnels*, dont voici un exemple typique (obs. 339) :

S., fils d'un chef indigène, très déçu de n'avoir pas été nommé caporal, se croit la risée des camarades ; il revendique sans cesse auprès des officiers, profère des menaces vis-à-vis du Colonel, et dans une crise de fureur tire son couteau (pour frapper l'entourage, dit le rapport — pour se frapper lui-même, dit le malade).

Il méditait d'ailleurs une réaction sérieuse, car il avait pris soin d'envoyer tout son avoir à son père. Fermé et hostile au début de son hospitalisation, il se comporte ensuite normalement, vraisemblablement grâce à la décision de rapatriement qui a été prise.

*Les interprétations délirantes* sont des symptômes banaux particulièrement dans tous les états dépressifs et confusionnels des noirs. Elles s'associent très fréquemment à des troubles sensoriels, à des pseudo-constats et réalisent le tableau de l'« onirisme terrifiant ».

Mais en dehors des sujets évolués, nous n'avons pas encore rencontré de forme classique avec système délirant vraiment coordonné, permanent, progressif, chez un malade foncièrement paranoïaque, et dont le tonus affectif paraisse normal.

On a au contraire l'impression de *bouffées évolutives avec délire à éclipse*, plus ou moins rectifié ou renié, et fonction d'épisodes anxieux, dépressifs, etc., le sujet expose alors en un long récit les griefs qu'il a contre les gradés, les troubles qu'il ressent et qui lui font comprendre les procédés magiques employés contre lui, etc...

*Dianguina* (obs. 317), tirailleur discipliné et correct, attire l'attention au bout de 2 ans de services, par son « humeur fantasque », et ses réclamations ; on le change d'emploi. De l'atelier de l'armurier, il passe à celui de forgeron, déchéance qui l'affecte beaucoup ; il refuse de travailler à la forge.

Il reconnaît qu'il a eu à cette époque des moments de fatigue. Sa tête tournait, il ne reconnaissait plus personne, pas même le Commandant de son unité ; il ne pouvait plus parler. Il attribue ses troubles à un mauvais gri-gri d'un camarade et au *vol de ses fétiches* (incident très sérieux pour un primitif et capable de déclencher des crises anxieuses intenses).



Tous ces phénomènes disparaissent ensuite, il rectifie et déclare qu'il a été fou ; qu'il croyait toujours que les camarades parlaient de lui, de sa mort prochaine et qu'ils projetaient de lui faire du mal.

Un nouvel épisode identique, avec anodine tentative de suicide se déroule, mais avec un net état dépressif ; puis un troisième après une rémission de plusieurs semaines.

*Labo* (obs. 330) est également déprimé lorsqu'il se présente à nous et raconte ses démêlés avec le maître-cordonnier et ses camarades — (non sans les avoir au préalable reniés ou travestis). On parlait toujours de lui et il comprenait, d'après les quelques mots entendus, qu'on avait décidé sa mort. Comme il ressentait des maux de ventre, il pensait à un empoisonnement à l'aide d'un mauvais gri-gri.

Obs. 334. — Nous retrouvons le thème « négrophobe » chez le sergent N. C. (sous-officier de tout premier ordre pendant 11 ans). On constate depuis quelques mois des troubles du caractère et des idées de persécution ; les camarades sont jaloux parce qu'il est bien vu de ses chefs ; ils lui en veulent parce qu'il vient de se convertir au catholicisme. Il suppose même qu'on a voulu l'empoisonner et qu'on l'a ensorcelé avec des fétiches ; c'est pour cela qu'il ne peut plus travailler, qu'il dort mal, etc... Tout cela, il l'a compris par l'attitude des camarades, par les sous-entendus qu'il a devinés dans leurs paroles, etc...

*A aucun prix il ne veut revenir dans un régiment de Sénégalais*, c'est là sa préoccupation dominante et l'objet de ses multiples réclamations à ses chefs.

Langue saburrale, poulx à 60 ;

Examens biologiques normaux.

Persistance d'un fond de dépression qui permet de ne pas porter encore un pronostic trop sévère.

PSYCHOSES HALLUCINATOIRES CHRONIQUES. — En dehors des psychoses hallucinatoires durables de l'alcoolisme (voir Alcoolisme) ce sont encore les états dépressifs (cause ou conséquence ?) qui nous fournissent le plus grand nombre de ces syndromes. Il est cependant quelques exemples de malades nettement paranoïaques, sthéniques, et qui maintiennent leur délire en dehors des poussées hallucinatoires. Ce sont encore pour la plupart des *sujets évolués* : leurs thèmes sont infiniment voisins des nôtres, avec une note naïve mais des *réactions parfois féroces*.

Voici, tirée des archives du service, l'observation d'un Sénégalais des 4-Communes (obs. 11) (ce n'est donc pas un primitif vrai) qui, après 5 ans de services, élabore un délire de persécution relativement systématisé. Un Martiniquais et un Sénégalais, qu'il entend parler

sans les voir, lui donnent des douleurs dans les membres et veulent le tuer. Pour les fuir il grimpe aux barreaux de la fenêtre, se tient au voisinage du plafond, s'échappe sur les toits ; il a des crises de fureur au cours desquelles il a blessé un sous-officier infirmier. Il est insolent et revendicateur, s'alimente mal, et finalement doit être interné. Nous n'avons à son sujet aucun renseignement d'ordre étiologique (alcoolisme ?).

Le caporal R. (obs. 160), Mossi de la Haute-Volta, 11 ans de services, observé par nous-même est plus classique.

Depuis 15 ou 18 mois, il est persécuté par deux sous-officiers, les sergents Sako et Boubou. Tous deux lui en veulent d'avoir défendu un tirailleur qu'ils avaient frappé. Ils ont décidé de le « faire foutu » et l'épient jour et nuit ; ils savent ce qu'il pense et le répètent tout haut ; ils disent : « Où est le cochon de caporal ? » — « Il ne faut pas qu'il mange, etc... »

R... réclame sans cesse contre ses ennemis, n'hésite pas à employer le mensonge contre eux ; il se fait le redresseur de torts de l'unité, puis s'isole, méfiant et hostile. Il essaye de se suicider en absorbant un mélange de verre pilé, de clous et de quinine, puis en se pendant. Le changement de résidence paraît avoir tari les troubles sensoriels, mais le délire n'est nullement rectifié.

Légère albuminurie (0,15 à 0,20). Liquide céphalo-rachidien hyper-tendu, mais de composition normale. Par ailleurs examens physiques et biologiques normaux.

S... (obs. 119) est poursuivi, même la nuit, par la voix de son capitaine qui l'injurie et le menace du peloton d'exécution. Il proteste avec véhémence, se plaint des camarades, des arabes qui, en Syrie, lui faisaient toutes sortes de misères, etc...

T... (obs. 88) se plaint de l'infirmier tonkinois qui, la nuit, par la lucarne, lui jette de l'électricité sur le ventre, des odeurs mauvaises qui lui piquent la gorge ; on l'insulte, on dit du mal de lui, etc...

La forme persécutive n'épuise pas l'aspect des psychoses hallucinatoires, chroniques et nous renvoyons au chapitre « Onirisme euphorique » pour citer des cas où le ton de l'humeur est tout différent.

### La démence précoce

Ici encore, le milieu militaire ne permet pas une observation prolongée du malade et par conséquent nous prive de la signature évolutive de la maladie ; en particulier parmi les accès d'excitation et de dépression atypique, parmi les confusions et les syndromes délirants ; il y a certainement des débuts de démence précoce.

Nous nous contenterons de résumer ces quelques observations caractéristiques :

### *Hébéphrénocatatonie classique*

*Honek Podigué* (obs. 358), Dahoméen, attire l'attention par son indiscipline, ses impulsions violentes, ses fugues. Puis il tombe dans un état de stupeur catatonique avec refus de s'alimenter, mutisme, catalepsie, oreiller psychique, conservation des attitudes. Parfois il sort de cet état pour s'exciter et émettre des propos incohérents, crier des nuits entières.

*Ouedraogo* (obs. 23), après un état d'*excitation atypique*, revendique en souriant les galons d'adjudant, parle de lui au féminin, fait des fugues dans les tenues les plus invraisemblables, cherche querelle à tous, mord un caporal qui passe, blesse un infirmier de sa fourchette, rit sans motif, prend des attitudes maniérées, stéréotypées, émet des idées délirantes absurdes : son voisin est le Bon Dieu, il va le manger, etc...

D... (obs. 86), après une période de bons services, devient paresseux, négligent, fait des fugues à peine conscientes, commet des indécitesses, s'accuse d'avoir tué un enfant en fauchant un champ, présente des tics stéréotypés, dévore ses excréments ou s'en barbouille.

Nous avons vu chez *Sema Makdou* (obs. 342, voir Reniement) le début hallucinatoire. Voici une *forme paranoïde* chez un sujet évolué.

B... (obs. 100), ancien élève des Missions, est un adepte convaincu des Sciences occultes. « Je suis un disciple d'Hermès... J'étudie la Science universelle. Je comprends toutes les langues et tous les problèmes, etc... » Il écrit à son colonel : « Mon Colonel, si la compassion de votre Grandeur veut bien m'entendre avec un sentiment paternel, je lui dirai sans réticences les raisons qui m'obligent à demander votre rapport... Je suis initié trop jeune aux mystères théurgiques... J'ai encore l'Esprit troublé de cette naissance prématurée au Royaume des Mystères... Je ne m'entends avec personne, je ne comprends d'ailleurs aucune langue sénégalaise ou autre... Et voilà que par une nouvelle crise de ma folie naturelle, mes chefs se sont encore soulevés impitoyablement contre moi... Mon Colonel, je me vois dans un dilemme tout à fait inéluctable dans lequel je n'espère mieux faire que de mettre un frein définitif à ma vie sur terre, en cas que ma crainte ne pourrait attendrir la bonté paternelle de votre grandeur en me faisant réintégrer ma place au bureau du 1<sup>er</sup> groupe ou me donner tout autre emploi isolé... »

#### IV. — DONNÉES ÉTIOLOGIQUES

##### 1° Virus neurotropes

Le noir est exposé à des toxi-infections nombreuses dont l'action sur le système nerveux est évidente, encore que notre ignorance soit extrême en ce qui concerne leurs manifestations psychiques.

La mieux connue est la TRYPANOSOMIASE et les consciencieuses études de G. Martin, tout imprégnées de la méthode de Régis et calquées sur la description de la paralysie générale, restent une source de documents de tout premier ordre. Elle montre le polymorphisme extrême de l'affection qui commande sa recherche systématique (clinique et bactériologique) dans toutes les affections neuro-psychiques à étiologie indéterminée. Il y aurait intérêt pensons-nous à préciser ce qu'il y a de permanent et ce qu'il y a de contingent dans le tableau clinique.

Nous signalons à ce propos, un signe qui nous a paru significatif, surtout dans les formes expansives (si fréquentes) et qui simulent de très près quelquefois un accès maniaque franc. Contrairement à un dernier état, le sommeilleux présente une *fatigabilité* qui surprend : le malade, d'apparence hypersthénique, agité, bruyant, facétieux, euphorique, s'arrête soudain, épuisé, se couche, se plaint parfois de douleurs osseuses (mais non constamment) puis un moment après, reprend son « tonus ».

##### 2° Epilepsie

L'épilepsie nous a paru très fréquente chez le Noir comme chez la plupart des indigènes des Colonies. Elle revêt les formes classiques et s'accompagne souvent d'accès confusionnels juxtaparoxytiques (post-paroxytiques le plus souvent) avec onirisme terrifiant, crises excito-motrices furieuses ou pseudo-maniaques.

Chez l'un d'eux (obs. 155) nommé Kaba Bamba, la crise était annoncée par une aura hallucinatoire visuelle et auditive : un mouton blanc lui apparaissait et lui criait : « Kaba ! »

Après la crise, Delamane (obs. 152) présente une aphasie amnésique, Guimba Kourouma (obs. neuro.) des mouvements choréiformes et un syndrome cérébelleux avec démarche caractéristique, Bandiougou (obs. 150) des crises de narcolepsie (en dehors de toute trypanosomiase), Sett Sall (obs. 373) des hallucinations lili-putiennes.

La *syphilis*, sérologiquement confirmée, a été décelée dans 1/3 des cas. Le liquide céphalo-rachidien était rarement modifié (nous n'envisageons bien entendu ici que l'épilepsie essentielle solitaire) ainsi que l'azotémie ; il serait du plus haut intérêt de reprendre les recherches de Pales et Monglond sur l'*hypoglycémie* des Noirs, qui pourrait être un très important facteur de comitialité.

Par contre, bien souvent, le *parasitisme intestinal* multiple (*tænia-ascaris* et même *ankylostomes*, etc...) nous a paru jouer un rôle important. Sa recherche systématique suivie d'un traitement approprié (*pelletièreine*, *chenopodiun*, *thymol*) nous a permis de faire disparaître complètement les crises pendant plusieurs mois ou jusqu'au rapatriement, et la plupart des récives coïncidaient avec la réapparition des parasites ou de leurs œufs dans les selles.

Pagnez et Plichet n'ont pu vérifier dans nos pays un seul cas d'épilepsie parasitaire, alors que chez les animaux ils la tiennent pour un fait solidement établi. Il serait intéressant de préciser sa possibilité dans des milieux ethniques différents.

La *syphilis* et la *trypanosomiase*, l'alcool, même à doses relativement faibles peuvent être souvent mis en évidence ; les traumatismes obstétricaux, comme chez tous les indigènes ayant recours aux offices de matrones ignorantes, doivent également jouer un rôle important.

### 3° La neuro-syphilis

Cette importante question ne saurait être élucidée que par une enquête de grande envergure et non par des observations fragmentaires, dans un milieu sélectionné et mouvant, tel que celui qui fait l'objet de cette étude.

On sait que d'abord, l'impression générale a été que la *syphilis nerveuse* et la *paralysie générale* spécialement étaient rares chez les indigènes. Telle fut également l'opinion de Kræpelin visitant les malades de l'Asile de Buitenzorg. Des études éclairées par des examens de liquide céphalo-rachidien montrèrent en Indo-Chine (Dorolle) que l'atteinte du système nerveux par le *spirochète* était au contraire fréquente. De même on découvre maintenant, en Afrique du Nord, un grand nombre de paralysies générales parce que l'on dispose de formations psychiatriques bien organisées, et peut-être aussi parce qu'ils sont plus nombreux qu'autrefois (soit sous l'influence de traitements spécifiques insuffisants ou intempestifs, soit en raison du développement de l'alcoolisme et d'autres causes adjuvantes).

Il est important d'essayer de noter chez les noirs l'état actuel



dé la question et de voir si, plus tard, sous l'action de facteurs nouveaux, nos constatations seront les mêmes. Ainsi pouvons-nous espérer de la psychiatrie ethnique, d'importantes précisions pathogéniques.

Cazanove a rapporté à la Société de Médecine et d'Hygiène Tropicales, trois observations de paralysie générale, toutes trois chez des sujets évolués. Elles nous paraissent au moins atypiques.

La première concerne un sous-lieutenant indigène de 32 ans, présentant des hallucinations auditives nombreuses, des hallucinations olfactives, des idées délirantes de persécution, un affaiblissement psychique qui serait important, de la dysarthrie, des réflexes tendineux abolis à droite, exagérés à gauche, un Bordet-Wassermann positif dans le sang et le liquide céphalo-rachidien, ce dernier contenant 0,54 d'albumine. Mais il n'y a ni tremblements, ni troubles pupillaires.

La deuxième concerne un sujet de 30 ans présentant tout d'abord une période d'excitation ; il fait à pied plusieurs centaines de kilomètres — on remarque des bizarreries — il s'introduit du sable dans les oreilles (ne s'agirait-il point d'hallucinations ?). D'abord calme et indifférent pendant son hospitalisation, il devient ensuite sujet à des colères impulsives dangereuses, alternant avec un état de dépression marqué. Le Bordet-Wassermann est négatif dans le sang ; le liquide céphalo-rachidien présente un Bordet-Wassermann, un Verneux, un benjoin positifs, mais 0,17 seulement d'albumine. Il n'y a ni tremblement, ni dysarthrie, ni troubles pupillaires.

La troisième enfin rapporte le cas d'un indigène de 41 ans, commis expéditionnaire principal à Dakar qui présente d'abord, à la suite d'une série de novarsénobenzol un état confusionnel avec onirisme et stupeur alternativement — haleine très fétide, tremblement généralisé, démarche titubante. Des hallucinations visuelles terrifiantes, des idées délirantes d'empoisonnement et un état dépressif marqué caractérisent les trois semaines suivantes ; puis à la suite d'un traitement bismuthé la situation s'améliore très rapidement, le tremblement persiste, mais il n'y a ni Argyll, ni dysarthrie, même aux phrases d'épreuve. Il est bientôt rendu à sa femme.

8 mois plus tard la famille a pu continuer à le garder ; mais il reste inactif, semble rêvasser continuellement et paraît subanxieux (attitude de crainte au moindre geste, phobie de la mort, etc.).

Bordet-Wassermann + dans le sang ; il a été impossible de faire accepter la ponction lombaire par le malade.

Nous sommes évidemment loin du tableau habituel et indiscutable de la paralysie générale, les textes biologiques sont incomplets et le tableau clinique mériterait d'être précisé : s'agit-il vraiment d'une démence globale à évolution progressive avec

l'état de déchéance psychique et physique que nous connaissons bien ? Les hallucinations sont-elles en rapport avec un appoint éthylique ou ne traduisent-elles pas un autre processus mental ? (Psychose hallucinatoire chronique ou démence précoce par exemple).

Bonnaud n'a pas observé de paralysie générale chez les tirailleurs du Centre de Fréjus, mais il signale par contre des épisodes confusionnels avec onirisme, des états dépressifs ou délirants chez des syphilitiques.

Voici maintenant le résumé des deux cas observés par nous-même :

OBS. 169. — *Tombo* (Guinée), 8 ans de services, très bien noté, sauf au cours des derniers mois où il devient « mou d'allure et de caractère, paresseux, incapable d'une activité utile, souvent malade » (notes de son Commandant de compagnie).

Ses camarades le trouvent bizarre et le considèrent comme fou. Son caractère est devenu très irritable ; lorsqu'on le change de service, il entre dans une véritable fureur, frappe à coups redoublés contre la porte de sa cellule ; le moindre acte médical (prise de sang) déclenche une violente colère et ultérieurement le rend maussade et hargneux.

Il se plaint de céphalées, s'endort à tout moment dans la journée — on remarque un tremblement important, du prurit abdominal, de la tachycardie (100), mais pas de ganglions, pas d'hyperesthésie osseuse. Pas de trypanosomes dans le sang, ni dans le liquide céphalo-rachidien. Pas de troubles pupillaires, réflexes normaux. Le liquide sous-occipital donne les résultats suivants : albumine, 1,20 ; Cyt., 200 éléments ; Bordet-Wassermann, positif ; Benjoin, 0222.2222.00000 ; et le sang : Bordet-Wassermann, Kahn, présomption positifs ; Hecht, Rubinstein —.

OBS. 323. — *Goudou*, 10 ans de services. Hospitalisé pour bronchite suspecte et douleurs articulaires du cou de pied et de l'épaule.

Transaté en Neuro-Psychiatrie pour syndrome dépressif, refus d'aliments, troubles du caractère, irritabilité, mutisme.

Les réflexes pupillaires à la lumière sont paresseux, puis abolis au bout de quelques semaines ; on décèle quelques exostoses au niveau des crêtes tibiales.

Fond d'œil normal des deux côtés ;

la ponction lombaire donne 0,56 d'albumine et 300 éléments ;

le Bordet-Wassermann est positif dans le sang.

Soumis à un traitement par la tryparsamide (25 grammes), le malade se cachectisait progressivement. Dès notre premier examen nous conseillons un traitement par le *stovarsol sodique* ; en quelques semaines le malade ressuscite littéralement ; il engraisse, les masses musculaires reprennent leurs formes, la peau devient plus brillante,

le regard vif. Il n'y a plus ni asthénie ni dépression ; par contre pendant 5 à 6 semaines *se développent des idées délirantes de persécution* à base d'interprétations et d'hallucinations auditives (coton dans les oreilles). Tout le monde lui veut du mal ; un jour il accuse les camarades Sénégalais ; le lendemain il s'en prend aux Européens de la salle voisine ou aux infirmiers, le médecin veut le tuer. L'infirmière qu'il appelait « maman » devient son ennemie ; l'Annamite catatonique d'un lit voisin est un « sauvage » qui « l'insulte toute la nuit ». Il a cependant de bons moments où, souriant et reconnaissant, il admet avoir été très malade et bien soigné ; puis, brusquement, il redevient hostile et hargneux. Il y a vraiment en lui deux personnalités opposées qui se présentent tour à tour.

Puis tout cela est totalement rectifié, et Goudou à qui l'on fait attendre encore longtemps son rapatriement, devient un chef de chambrée modèle, toujours content, zélé et bon garçon et sans le moindre affaiblissement psychique.

Nous avons relevé dans les archives du service diverses observations de malades présentant des réactions sérologiques de syphilis dans le sang et le liquide céphalo-rachidien, associés à divers troubles neurologiques (paralysie faciale, abolition des réflexes rotuliens ou achilléens, analgésies osseuses et testiculaires, tremblement, Romberg, troubles pupillaires et surtout *épilepsie*) à des troubles mentaux tels que : torpeur, somnolence, dépression, idées de suicide.

Les seuls faits acquis chez les Noirs (et en particulier chez les sujets peu évolués) nous paraissent être que la *syphilis peut atteindre les centres nerveux et y déceler des troubles neurologiques dont l'épilepsie est une des principales manifestations*. Les manifestations mentales souvent discrètes, consistent parfois uniquement en *troubles du caractère*, ou *épisodes transitoires de confusion, de fureur, de dépression*, etc... Il ne faut pas trop compter sur les syndromes neurologiques (dysarthrie, Argyll, etc.) ni sur l'affaiblissement psychique (le fonds mental étant difficilement explorable) pour évoquer cette étiologie et il faut y penser même dans les simples tableaux d'altérations de l'humeur et du caractère.

Nul doute que des observations portant sur de plus vastes collectivités ne viennent bientôt éclairer cet important chapitre.

#### 4° Méningo-encéphalites indéterminées

Si la trypanosomiase est une cause banale de méningo-encéphalites chroniques psychogènes, si la syphilis en est une autre étiologie certaine, il faut reconnaître que nous rencontrons assez

fréquemment des syndromes neuro-psychiques avec grosse réaction du liquide céphalo-rachidien (cytologie et albuminorachie) sans qu'il soit possible de prouver biologiquement ou cliniquement l'une ou l'autre de ces affections.

OBS. 64. — *Zan Ouattara* (Côte d'Ivoire), 3 ans de services, alternatives d'excitation, de somnolence et de docilité.

Bordet-Wassermann négatif dans le sang.

Liquide céphalo-rachidien : 0,40 d'albumine, 95 éléments, pas de trypanosomes.

Benjoin : 12222.22100.00000.

Abolition des réflexes tendineux aux membres inférieurs.

Acuité visuelle 1/10<sup>e</sup> œil gauche.

Pas de signes de trypanosomiase. Traité en Tunisie par cyanure-bismuth, 6 mois plus tard la cytologie tombe à 35 et à 13 au 9<sup>e</sup> mois.

OBS. 338. — *Pelaga* (Haute-Volta), 11 ans de services. Antécédents : 2 congestions pulmonaires, une cystite légère. En séjour métropolitain depuis plus de 2 ans (Mont-de-Marsan) ; fin août 1936, il présente une bronchite pendant quelques jours ; puis il se plaint de céphalée intense, de tremblement intentionnel, de somnolence, pas de fièvre, un traitement par le cyanure de mercure paraît aggraver le tableau. Le 10 septembre, après quelques vomissements, un véritable état léthargique s'installe, entrecoupé de rares réveils avec confusion, paroles incohérentes, irritabilité. Tachycardie, petits signes méningés (légère raideur de la nuque, sans Kernig).

Un traitement par l'iodoseptine n'améliore pas l'état semi-comateux ; une série de tryparsamide est suivie d'une amélioration notable, une seconde série de cyanure s'accompagne d'une rechute.

Evacué sur l'Hôpital militaire de Bordeaux, le 17 octobre, une ponction lombaire donne : 14 lymphocytes, alb. = 0,20, sucre 0,68, Meinicke + + +, Hecht douteux, Benjoin positif dans la zone syphilitique. Pas de trypanosomiase.

Dans le sang, le Hecht et le Meinicke sont négatifs.

Par ailleurs, poussée de cystite et de pyélonéphrite avec colibacillurie abondante.

Leucocytose (15.200) avec formule suivante :

neutro. 60 0/0, éosino. 1 0/0, monocytes 8 0/0, lymphocytes 31 0/0, urée sanguine 0,08 pour mille au cours de deux examens successifs.

Urines : traces d'albumine ; urée 7,80 ; présence de pus.

On pense à une méningite spécifique de la base et l'on fait un traitement au sulfarsénol.

Evacué sur Marseille en décembre 1936, il présente dans le liquide céphalo-rachidien un nombre incommensurable d'éléments (mono et lympho) ; 0,40 d'albumine ; Bordet-Wassermann négatif ; pas de trypano-

Une nouvelle congestion pulmonaire en janvier, motive son trans-

fert en Médecine générale. On institue ensuite un nouveau traitement par la tryparsamide (41 injections à 1,50) et le moranyl (21 injections à 0,50), renforcé par une pyrétothérapie obtenue avec la sulfosine (9 injections) ou le Dmelcos en avril, il présente encore 590 éléments (90 0/0 de lympho, 8 0/0 de moyens mono, 2 0/0 de monocytés), pas de trypano.

En juin, la formule est très améliorée (11 éléments et 0,18 d'albumine, mais l'état général s'est aggravé. Un ictère intense par rétention s'installe, le malade confus et très agité est passé en Neuro-Psychiatrie. Le traitement arsénical bien entendu est suspendu et petit à petit, troubles mentaux et physiques s'amendent et disparaissent, la cytologie est remontée à 101 le 14 septembre, retombée à 8 (*sans traitement*), le 17.

Le malade peut être rapatrié peu après.

Obs. 375. — *Siko Zéla*. Hospitalisé dans le service pour « troubles du caractère et instabilité de l'humeur, vagues revendications hypocondriaques ; alternativement joyeux et furieux ».

On ne trouve à l'examen aucun signe neurologique, en particulier aucun élément de la série extrapyramidale qu'un examen antérieur aurait fait soupçonner ; seul le faciès est un peu figé.

La peau est sèche, squameuse, terne ; on trouve quelques ganglions banaux dans la région cervicale. Aucun signe de trypanosomiase.

Oeufs d'ankylostomes et lamblis dans les selles.

Pas de trypanosomes ni dans le suc ganglionnaire, ni dans le sang, ni dans le liquide sous-occipital. Ce dernier contient 100 éléments, 0,22 d'albumine ; le Bordet-Wassermann y est négatif ainsi que dans le sang. Légère albuminurie transitoire.

Calme et souriant pendant plusieurs semaines.

Le 21 octobre, petit accès d'excitation avec menaces, pendant quelques heures.

De même le 1<sup>er</sup> novembre ; puis il s'excuse et dit : « ce n'est pas ma faute, c'est le Bon Dieu ».

Le 3, *état de fureur*, jour et nuit, avec cris inarticulés, impulsions extrêmement violentes, morsures, etc... Il doit être interné.

Obs. 366. — *Mamadou*. En France depuis 2 ans. Fracture de jambe au cours de manœuvres, pendant sa convalescence devient triste, un peu figé, ne répond que lentement aux questions. Peau sèche et squameuse ; fonte des masses musculaires, prurit cutané, petits ganglions sous-maxillaires, inguinaux et épitrochléens.

Paralysie faciale droite du type central. Pouls 80 ;

Fond d'œil et acuité visuelle : normaux ;

Liquide céphalo-rachidien : 22 éléments ; 0,35 d'albumine, Bordet-Wassermann négatif ;

Sang : Bordet-Wassermann négatif.

Absence de trypanosome dans le sang, les ganglions et le liquide céphalo-rachidien.



OBS. 151. — *Beyou* (Hte-Volta), précédemment hospitalisé pour congestion pulmonaire.

Puis présente un état de torpeur, de mutisme avec indifférence à l'ambiance, et des accès de somnolence. Une nouvelle pleuro-congestion apparaît à droite ; puis des abcès à pneumocoques de la cuisse.

Au point de vue neurologique, pas de signes méningés ; tremblement généralisé, prédominant aux extrémités, rigidité variable, démarche spasmodique, à petits pas, avec élargissement du polygone ; myosis bilatéral avec conservation du réflexe photo-moteur, réflexes tendineux vifs, hyperesthésie profonde (surtout osseuse), prurit ; les téguments sont squameux, mats ; le pouls bat à 70 ; il n'y a, en fait d'adénopathie, qu'un ganglion sus-épitrochléen à droite.

Sang : Hecht négatif.

Liquide céphalo-rachidien : tension, assis, 47 ; alb., 60 ; cyto., 150 (80 0/0 lympho.) ; pas de trypanosomiasse ; Hecht négatif.

Fond d'œil, pupille floue, vaisseaux très atrésiés, à peine visibles, œdème de la pupille.

La torpeur augmente progressivement ; on note un Babinski à droite ; le malade gâte, se cachectise, des troubles de la déglutition apparaissent et le malade meurt (au bout de 7 à 8 mois de maladie).

OBS. 168. — *Tingu* (Côte d'Ivoire), 6 ans de services, bien noté.

Depuis un certain temps s'isole, parle seul, déclare qu'on va le fusiller, qu'on a donné l'ordre de choisir les meilleurs tireurs pour cela. Il refuse de manger, disant qu'on va l'empoisonner ; il refuse de se mettre au lit, craignant d'être tué pendant son sommeil. Anxiété.

Abolition des achilléens ; léger prurit aux membres inférieurs ; pouls à 80.

Dans le sang le Bordet-Wassermann, le Kahn, le Hecht, le Meinicke sont négatifs.

Dans le liquide sous-occipital, on compte 18 éléments, 0,20 d'albumine ; le Bordet-Wassermann est négatif, le benjoin normal ; pas de trypanosomes.

Selles : œufs d'ascaris.

Amélioration en quelques semaines.

OBS. 8. — *K. Tindo* (Hte-Volta). Isolement, onirisme anxieux surtout nocturne ; le diable veut lui écraser la tête, se précipite sur lui, etc... Fugues anxieuses.

Polyadénopathie axillaire, cervicale, poplitée ; pouls à 100 ; tremblement fibrillaire, réflexes vifs.

Liquide céphalo-rachidien, 150 éléments, pas de trypanosomiasse.

Albumine : 0,22.

Bordet-Wassermann négatif dans le sang.

Tous ces malades, observés par des médecins spécialement familiarisés avec la trypanosomiasse n'ont pu être classés dans ce

cadre, malgré quelques symptômes assez courants chez l'indigène (adénopathies, prurit, somnolence, etc...) Le traitement d'épreuve a été sans action ou néfaste ; les anti-helminthiques n'ont rien modifié ; les anti-syphilitiques pas davantage.

Chez plusieurs d'entre eux des pneumonies à rechute ont été observées. Il y a peut-être là un facteur incriminable, mais non constamment. Je crois qu'il n'était pas inutile de signaler ces cas — dont l'étiologie pourrait se révéler comme disparate — et dont il nous paraît indiqué de poursuivre l'étude.

### 5° Infections

Chez les tirailleurs observés en France nous avons relevé des syndromes confusionnels liés à des intoxications ou à des infections telles que *rhumatisme articulaire aigu*, *otites*, *pneumopathies* et en particulier congestions pulmonaires et surtout *pneumonies*.

Ce sont parfois de simples troubles du caractère et de l'humeur : on connaît l'habituel optimisme du tirailleur (le « y a bon quand même » qui persiste jusqu'au seuil de la tombe) ; parfois cependant il devient sombre et irritable, répond avec méfiance, interprète les moindres gestes de l'entourage comme des marques d'hostilité.

La diète est souvent mal supportée : je demande à un malade s'il allait à la selle ; il répond en roulant des yeux furieux : « pas mangé, pas chier » ; s'agit-il d'une puérile crainte de mourir de faim ou faut-il incriminer un facteur biologique tel que la tendance à l'hypoglycémie dont nos camarades ont signalé, en Afrique Equatoriale Française la fréquence ?

La première explication paraît rendre compte d'un état de fureur chez Oura (obs. 336), atteint de rhumatisme articulaire aigu et qui croyant qu'on voulait le laisser mourir de faim entra subitement dans un état de fureur.

Dans d'autres cas le malade refuse de rester au lit, essaye de se sauver, ou bien, en proie à une bouffée délirante est capable des réactions les plus graves envers lui-même ou l'entourage (voir états de fureur).

Les troubles peuvent *évoluer parallèlement* à la pneumonie qui s'accompagne par exemple (obs. 60) de mélancolie anxieuse avec idées de négation.

Parfois ils *précèdent* les signes pulmonaires et le malade est hospitalisé pour troubles mentaux : la fréquence de la dissociation des signes, au début, favorise cette erreur. Ainsi, chez un

malade sub-confus qui ne présentait ni fièvre, ni point de côté, ni toux et qui protestait contre son hospitalisation, nous avons entendu un souffle tubaire d'une intensité extraordinaire ; le lendemain le tableau symptomatique était au complet.

Plus souvent ce n'est qu'au cours de la convalescence qu'on note un *syndrome confusionnel* le plus souvent avec onirisme terrifiant (en dehors de tout alcoolisme) et idées de suicide.

Obs. 335. — *Nougo Ouedraogo*. Entré le 10 mars à l'Hôpital. Sujet robuste atteint de pneumonie lobaire supérieure droite, apparition d'un *syndrome confusionnel* le 3<sup>e</sup> jour ; agitation intense ; refus complet de prendre même un peu de liquide. Plateau à 40, oligurie, albuminurie.

Traité par des injections intraveineuses d'alcool dès le 2<sup>e</sup> jour (20 cc. pendant 7 jours).

Défervescence le 10<sup>e</sup> jour.

Sédation des signes pulmonaires, mais persistance des troubles mentaux : torpeur, paroles incohérentes, indifférence vis-à-vis de l'ambiance.

Nouvelle poussée thermique le 18<sup>e</sup> et le 19<sup>e</sup> jour puis apyrexie définitive et disparition progressive des troubles psychiques.

Fin avril, on juge son état mental tout à fait satisfaisant. Le 26 mai, il présente un syndrome anxieux, des idées de suicide, il veut envoyer tout de suite ses économies à sa femme. Le lendemain il renie obstinément toute idée de suicide et prétend qu'il a été mis sans cause dans une chambre d'isolement, puis il déclare qu'on veut le tuer, que tout le monde lui veut du mal.

Albuminurie, 0,18 ; azotémie, 0,35 ; Bordet-Wassermann négatif dans le sang et le liquide céphalo-rachidien.

Les idées délirantes persistent à base surtout de pseudo-constats ; dès qu'il passe, on dit « coupez la tête » ; quand il fait sa prière les gens disent « cinéma ». Puis des hallucinations se développent ; il entend un téléphone, reconnaît la voix de son capitaine, en Syrie, qui lui parle en langue Mossi.

On est jaloux de lui, on veut le faire rapatrier avant qu'il soit nommé caporal.

Il est rapatrié en août, sans avoir rectifié.

Obs. 116. — *Sonnkalo Taraoré*. Convalescent de pneumonie, dépression, anxiété, plusieurs tentatives de défenestration « parce qu'on veut le tuer ». Il voit des scènes terrifiantes : ses parents qu'on veut égorger, des camarades qui le menacent, une maison qui va l'écraser.

Evacué à Marseille. Rectification paraissant sincère.

Obs. 165. — S. T., originaire de la Haute-Volta. 2 ans de services.

Quelques abus éthyliques en 1933 ; hospitalisé en janvier 1934 pour pneumonie. Sort guéri ; quelques mois plus tard s'isole, prend une attitude méfiante, refuse de s'alimenter, ne répond pas aux questions.

Observé à Fez, de juin à septembre 1934. A la fin de son hospitalisation, commence à parler, mais avec lenteur et avec effort. Il raconte que la nuit de petits diabolins blancs viennent dans sa chambre et disparaissent quand il veut les saisir.

Un syndrome confusionnel grave, du type délire aigu peut être annoncé par des *manifestations hystéroides* et succéder à une intervention relativement bénigne chez Diamon Kanté (obs. 316) ; quelques jours après une résection de la phalange (ostéite secondaire à un panaris) sous anesthésie générale au Kélène, ce tirailleur présente une crise pithiatique à grand fracas, puis une agitation intense avec hyperthermie, langue sale, état général très grave ; amélioration au bout d'une dizaine de jours, puis retour complet à la lucidité avec cependant une petite bouffée confusionnelle de quelques heures.

Le malade est apyrétique depuis trois semaines environ, lorsque des bizarreries et des accès transitoires d'agitation reparaissent : il déchire ses vêtements, prend des poses obscènes, raconte qu'une *femme blanche vient le voir*. Il reste des heures, la main levée, dans la position du serment disant qu'il attend cette femme (il reniera tout cela quelques jours plus tard). Il réclame un fusil-mitrailleur, affirme qu'il a un deuxième cœur qui lui provoque tous ses maux et qu'il faut le lui enlever.

Des manifestations pithiatiformes reparaissent, bruits laryngés évoquant une sorte de grincement, de bruit d'engrenage.

Parfois il a des impulsions très brutales (se jette avec fureur sur le médecin ou sur les autres malades — on le maîtrise à grand peine), qui nécessitent son internement. Il paraît s'acheminer vers la démence précoce.

## 6° Béri-béri

La rareté des observations de troubles mentaux dans le béri-béri nous incite à présenter les documents suivants :

Dans les archives du service nous avons retrouvé une observation de polynévrite vraisemblablement béri-bérique avec troubles du caractère paroxystiques, subconfusion et onirisme rappelant *l'épilepsie psychique*.

Obs. 121. — D., rapatrié de Syrie pour béri-béri, présente dès le début de son affection un état de *confusion* agitée : il brise la porte de sa cellule, refuse de rester au lit, tient des propos incohérents, écrit sans cesse des lettres dépourvues de sens ; après un mois d'internement à l'asile d'Asfourieh, il est dirigé sur Marseille.

Il *renie* d'abord tous les troubles physiques et mentaux ; calme et discipliné, il aide aux menus travaux d'entretien du service.

Le troisième jour, un infirmier le trouvant assis sur la fenêtre lui dit de descendre. Il lui répond : « je me fous par la fenêtre », et

effectivement se précipite du deuxième étage (fractures multiples du bassin, du radius, du pied).

Après un long séjour dans le service de Chirurgie, il revient en « Neuro », renie encore tous les troubles antérieurs, sauf sa *tentative de suicide*, dont il fait la conséquence d'une punition injuste.

Nous trouverons encore chez *Dibo* (obs. 318) des troubles mentaux qui précèdent et suivent (*idées fixes post-oniriques*), un béri-béri typique.

Ce sont en effet des *hallucinations nocturnes* qui attirent l'attention sur lui ; un examen fait à cette occasion montre de l'œdème aux membres inférieurs ; l'affection suit son cours ; deux mois plus tard il ne persiste du syndrome qu'un peu d'arythmie et une légère hypotension (12-7 au Pachon) ; le comportement est tout à fait normal, mais *Dibo* reste persuadé de la réalité du spectacle onirique qui peut se résumer ainsi : au milieu de la nuit, deux camarades sénégalais sont entrés dans la chambre, avec des fétiches dans la musette. Il les a reconnus : Saïti Kara et Kélapo, tirailleurs de la même compagnie (jaloux de lui parce qu'il allait passer caporal). Ils voulaient le tuer avec un couteau, pour passer caporal à sa place ; alors il s'est enfui, brisant les vitres avec ses mains (il en porte d'importantes cicatrices). Ils l'ont poursuivi, mais il a pu finalement se mettre à l'abri dans une autre chambre de camarades.

Avant de les voir, il avait entendu marcher (un bruit de sabots), et demandé en vain qui se trouvait là. Il s'est mis à crier et c'est alors qu'il les a bien vus.

Il réclame encore à ses chefs, déclare que ces deux tirailleurs l'ont rendu malade. Pour faire la preuve de ses affirmations, il demande à être conduit avec eux dans une Eglise. Un prêtre priera devant le public et on saura confondre les coupables.

Tout cela fait craindre l'évolution d'un délire chronique.

(Liquide céphalo-rachidien normal ; Bordet-Wassermann négatif ; azotémie 0,41).

Obs. 325. — *Kaba Kamara*, rapatrié de Djibouti après une atteinte de béri-béri, en juillet 1936.

Episode fébrile avec douleurs disséminées intenses en décembre.

Vu en février, il se plaint d'un syndrome sensitif consistant en brûlures au niveau de la plante des pieds (Burning of the feet), il ne peut marcher qu'avec difficulté. Des contractions fibrillaires nombreuses siègent aux mollets, à la face. Les achilléens sont encore abolis des deux côtés. Tremblement.

Liquide céphalo-rachidien normal ; Bordet-Wassermann négatif ; œufs d'ankylostomes et de tricocéphales dans les selles.

R. D. partielle au niveau du tibial postérieur.

Quelques jours après son arrivée à Marseille, il s'agite pendant la nuit, entend des voix qui lui ordonnent de se lever. Il discute avec elles et paraît effrayé et anxieux.



Au bout de quelques jours ces troubles disparaissent. (Entre temps il a été déparasité à l'aide du thymol).

Ces faits, trop peu nombreux, ne peuvent qu'être versés au dossier de la question et ne sauraient permettre ni interprétation ni description d'ensemble. Il serait intéressant d'approfondir ce sujet, susceptible de nous éclairer sur le rôle de l'avitaminose B<sub>1</sub> dans la genèse de certains syndromes mentaux et peut-être de vérifier l'hypothèse de Bersot sur le mécanisme des chocs insuliniques et cardiazoliques (voir *Annales Médico-Psychologiques*, novembre 1937, p. 659 et suiv.).

### 7° L'alcoolisme

G. de Clérambault recommandait à ses élèves de poursuivre avec soin l'étude des psychoses toxiques, véritable psychiatrie expérimentale chez l'homme.

On voit ainsi la part du facteur exogène et celle du terrain ; dans cette dernière le rôle du facteur ethnique mérite d'être approfondi.

On a souvent insisté sur l'appétence et la fragilité du Noir à l'alcool : *fréquence des accidents aigus cérébraux*, pulmonaires, etc... dans les peuplades récemment soumises à l'action du toxique (Kermorgant) sur la *morti-natalité* extrême faisant disparaître rapidement certaines races, comme celles, magnifiques, de la côte de Krow et l'accroissement rapide de la *criminalité*, etc.

Si les « civilisateurs » n'ont pas importé partout les boissons fermentées et distillées (les indigènes en usaient parfois depuis fort longtemps : vins de palme, alcools de riz, divers aracks, etc.) ils en ont du moins favorisé et multiplié l'usage ; les gouvernements coloniaux eux-mêmes, en cherchant ainsi des bénéfices à court terme ont préparé à plus longue échéance de graves crises économiques (affaiblissement qualitatif et quantitatif de la main-d'œuvre, etc...).

Dans le milieu qui nous occupe, étudié dans la Métropole, il est évident que les causes d'entraînement ont été plus grandes encore.

Nous pourrions distinguer ici :

a) D'une part les jeunes tirailleurs qui n'ont contracté que depuis peu de temps des habitudes éthyliques et qui, récemment transplantés, ont gardé une mentalité primitive ou peu évoluée. Chez eux on ne trouve *pas de signes d'imprégnation*, et il semble que le cerveau ait subi, avant les autres viscères, l'action nocive de l'alcool. Ils présentent d'ordinaire des *ivresses excito-motrices*,

souvent prolongées, avec réactions très dangereuses : fureur épileptoïde.

b) Au contraire, ceux qui s'instruisent et parviennent au grade de sous-officier organisent volontiers des *délires de persécution* à base d'interprétations ou d'hallucinations. (Nous avons vu que les délires chroniques sont rares chez les Noirs, sauf parmi ceux qui ont acquis un certain degré d'évolution et qui font usage d'alcool) ou bien ils subissent une déchéance psychique, surtout morale, qui transforme un sujet d'abord intelligent, excellemment noté, en une loque, vivant d'expédients et capable des plus viles actions.

Voici quelques exemples de ces diverses formes :

OBS. 65. — *Ibrahim Sissoko*. Mauvaise humeur manifestée à la suite d'une réprimande. Dans la nuit s'équipe et prend ses armes disant qu'il veut se suicider. S'enfuit dans la cour et n'est maîtrisé qu'avec peine.

Depuis quelques temps, ce sujet qui est souvent ivre, était redouté de ses camarades pour ses colères violentes et ses menaces de mort. Parfois, il s'isolait, déprimé, hostile, renfermé. Il dormait mal, faisait à ses chefs des *réclamations injustifiées d'argent*.

OBS. 58. — B., 8 ans de services, Soudanais. D'abord bon soldat, devient indiscipliné dès qu'il prend l'habitude de boire, bizarre, prétend que sa nourriture contient des petits êtres qui lui sont nuisibles. Menaces de mort, monodéisme, marottes.

OBS. 348. — *Vaharon*, Guinéen, 8 ans de services. Abus éthyliques depuis 2 ans.

Bien noté antérieurement, devient apathique, persécuté, déprimé, parfois présente des accès d'excitation (ivresses). Hospitalisé à Toulon pour *épisode éthylique prolongé, préoccupations hypocondriaques*, malaises divers, onirisme nocturne (zoopsie, terreurs), mauvais état général : langue sèche, très sabburale, vomissements, poussées diarrhéiques.

*Exagération considérable du réflexe clinostatique*. (Pouls, debout, 104 ; couché, 52).

OBS. 352 (bis). — *Cissé*, 8 ans de services, abus éthyliques depuis plusieurs années (vin et bière) ; *déchéance morale progressive* et mauvais état général ; apathique, paresseux, hypocrite ; dramatise ses malaises et ses préoccupations ; crises pithiatiques pour éviter le rapatriement, au moment de s'embarquer ; fugues, *se réfugie dans les bas quartiers du port, vivant des subsides de prostituées blanches ou métisses* ; chantage au suicide, mensonges utilitaires.

OBS. 171. — A. K. *Caractère paranoïaque acquis*. — Sujet intelligent et actif ; sous l'influence d'excès éthyliques répétés, encourt de nom-

breuses punitions ; proteste et menace. « Tout le monde lui veut du mal ; qu'on lui coupe le cou pour en finir ! »

Irritabilité, *colères violentes* (s'arme un jour d'une barre de fer, une autre fois d'une bouteille, au cours de querelles avec ses camarades).

OBS. 322. — F. S., caporal. *Psychose hallucinatoire (chronique ?)*, 10 ans de services, dont 5 en Algérie et 3 en France ; buveur de vin et de cognac ; insomnies, refus d'aliments. Injure les gradés indigènes ; les menace d'une hachette ; exhibitionnisme ; *tentative de suicide* par défenestration. Hallucinations auditives : un sergent, caché à l'étage supérieur, vient lui dire tous les jours qu'il n'est pas sorti de sa mère par le vagin, mais par l'anus ; il l'insulte et dit beaucoup de mal de lui.

Parfois, il voyait la nuit des incendies, des serpents, des buffles.

Plus tard, il entend parler en bambara ; mais il pense que ce sont des camarades éloignés dont la parole est renvoyée (comme le soleil par un miroir, dit-il). Il a ainsi appris qu'il était nommé sergent et il arbore aussitôt les galons convoités depuis longtemps.

OBS. 75. — N. P. (Côte-d'Ivoire), catholique, Maréchal des Logis. Délire de persécution (hallucinatoire et interprétatif) en évolution depuis 5 mois.

13 ans de services, bien noté ; depuis 2 ans boit et abuse de la noix de Kola, devient autoritaire et brutal, abuse de ses subordonnés (escroquerie de 600 francs) ; récemment traité pour syphilis (Bordet-Wassermann + + + +). On se moque de lui parce qu'il n'est pas élégant et qu'il n'a pas d'argent ; on l'injurie... Dépression (tentative de pendaison) entrecoupée de raptus furieux.

*Dans de nombreux cas la dépression domine sous la forme « concentrée »* (isolement, mutisme, amimie) ou extériorisée (prolixité, pleurs, sanglots, inquiétude, frayeurs).

C'est encore chez de vieux sous-officiers que nous rencontrons des confusions du type « *delirium tremens* ».

OBS. 41. — *Idées fixes post-oniriques*. — L'adjudant M. (18 ans de service, originaire du Niger), après un épisode aigu fébrile typique continue à croire que l'on se moque de lui et de plus il est éveillé, chaque nuit, par une sorte de téléphone qui l'insulte. Ici, contrairement à tous les cas précédents, à côté des signes classiques d'imprégnation (d'ailleurs avouée) nous trouvons un *gros foie*.

\*  
\*\*

La psychiatrie des peuples primitifs n'a encore suscité qu'un nombre d'études tout à fait restreint ; elle nous paraît susceptible cependant d'apporter quelques données à certains problèmes

de psychiatrie générale et de rectifier certaines études sociologiques, ethnologiques, etc...

Or, les sociétés primitives se font de plus en plus rares, évoluent (ou plus exactement : se modifient) assez rapidement. C'est ce qui nous excuse de rendre compte de nos remarques dans un milieu qui compte un assez grand nombre de sujets encore peu civilisés ; nous avons d'autre part essayé de dégager quelques étapes de leur évolution.

Nous avons utilisé pour cela environ 120 observations personnelles et 160 tirées des archives de l'hôpital Michel Lévy. C'est évidemment un matériel insuffisant, mais nous n'aurons vraisemblablement plus l'occasion d'étudier d'une manière suivie cette catégorie d'indigènes ; nous livrons donc sans prétention cette étude à nos collègues de la Métropole (certains nous ont confié leur embarras lorsqu'ils avaient à s'occuper de tels malades) et à nos camarades des Colonies ; ces derniers surtout auront les moyens de vérifier ou de critiquer nos remarques et d'augmenter ce chapitre, encore squelettique, de géographie médicale. Ils seront à même de confronter sur place nos impressions et celles de nos prédécesseurs et d'entreprendre l'œuvre d'ensemble qu'il nous a paru prématuré de tenter.

Nous avons donc insisté sur des remarques générales, qui n'avaient pas encore été soulignées (Reniement (1), onirisme terrifiant, onirisme euphorique, évolution par bouffées, etc...) ou qui méritaient d'être révisées (états de fureur). Ce sont là des *modes de réaction psychique que l'on retrouve dans la plupart des affections mentales*, quelle qu'en soit l'origine, les unes et les autres demeurant des réalités cliniques dont l'intérêt n'est pas niable. Ce qui montre qu'en psychiatrie comme en dermatologie (voir les travaux de Darier) une même entité clinique peut relever de causes très diverses.

Les nuances étiologiques différentielles n'en gardent que plus de valeur et dans la dernière partie nous avons essayé d'apporter quelques contributions à leur analyse.

---

(1) Après rédaction de ce travail, nous avons trouvé dans le livre d'Allier : « *Le non civilisé et nous* », une étude psychologique du mensonge chez le primitif où certains détails viennent à l'appui de nos conceptions. Par contre, l'auteur ne voit dans la tendance à la « négation systématique » qu'un élément de désagrégation morale, sans en apercevoir les avantages au point de vue de l'Hygiène mentale (voir *Evolution générale*).

# INSUFFISANCE PITUITAIRE ET SCHIZOPHRÉNIE

*Considérations anatomo-cliniques  
sur l'existence d'un facteur d'insuffisance pituitaire  
dans certains cas de schizophrénie*

PAR

MARES CAHANE ET TATIANA CAHANE (1)

Nous avons récemment attiré l'attention sur le rôle des hormones hypophysaires dans certaines psychoses. Nous avons mis en évidence, surtout dans les psychoses affectives (manie, mélancolie, psychose maniaco-dépressive, etc.), avec hypertrophie et hyperfonction thyroïdienne, que, dans 50 % des cas, la thyroestimuline serait en excès, donc un facteur hypophysaire interviendrait dans le complexe pathogénique. Dans les mêmes psychoses, nous avons trouvé une réaction mélanophorique positive dans l'urine, ce qui confirme le rôle du facteur pituitaire.

L'étiopathologie de la schizophrénie étant un des problèmes les plus intéressants, nous avons pensé qu'il serait utile de rapporter nos observations anatomo-cliniques où l'existence d'une insuffisance pituitaire est assez évidente.

Nous voulons d'abord attirer l'attention sur la complexité des facteurs déterminant les états schizophréniques.

De nombreux auteurs ont souligné le rôle des facteurs infectieux, notamment chroniques (tuberculose bacillaire chronique, colibacillose, etc.). On a trouvé des lésions qui intéressent tout l'encéphale (piamater, cellules ganglionnaires, vaisseaux), sans qu'on puisse, d'après D'Hollander, spécifier l'agent pathogène.

(1) Travail de l'Hôpital des maladies mentales et nerveuses. Diciosânmartin, Roumanie.



On pourrait très bien, d'après la prédominance des lésions, expliquer certaines formes de schizophrénie. Ainsi, il est très probable que, dans les lésions de la base ou des noyaux optostriés, la schizophrénie revêt une forme catatonique, tandis que les diverses localisations corticales pourraient expliquer les formes délirantes. L'existence de certaines hallucinations auditives, visuelles, cénesthopathiques, peut être expliquée par l'atteinte ou l'irritation des centres respectifs.

Il est très probable que des formes semblables peuvent reconnaître un autre processus également encéphalique, mais où les lésions seraient de nature involutive.

Les recherches cytoarchitectoniques de Hecht et de Miskolczi, notamment de Miskolczi, ainsi que nos propres constatations dans un cas de catatonie avec lésions dégénératives dans le putamen, sont des faits confirmatifs.

Les troubles endocriniens peuvent parfois donner une allure toute spéciale à des schizophrénies simples. Une hyperfonction thyroïdienne peut ajouter un état anxieux ou maniaque. Une hyperfonction hypophysaire pourrait accentuer le caractère agressif, parfois paranoïaque, du malade. A ce propos, il faut rappeler que C.-I. Parhon et ses élèves ont attiré l'attention sur l'existence d'un facteur hyper-hypophysaire chez certains paranoïaques. Les altérations des glandes parathyroïdes furent incriminées par Lundborg, Parhon et Urechia, dans la schizophrénie catatonique. C.-I. Parhon, M. et T. Cahane, et tout récemment nous-mêmes, ont publié des cas de schizophrénie catatonique où il existait des signes d'insuffisance parathyroïdienne (hypocalcémie, cataracte, mauvaise dentition, etc.).

Parhon et Milcou, en pratiquant la réaction d'arrêt de l'hémolyse avec des extraits de glandes endocrines dans des cas de schizophrénie, ont trouvé nombre de résultats positifs avec les glandes parathyroïdes.

Looney (cité par Bowman) a trouvé, dans 11 cas de catatonie, une diminution de la calcémie et il pense également à une relation de ce syndrome avec la fonction parathyroïdienne. Santone (1930) ne trouve en général pas, dans les cas de schizophrénie, de modification du calcium ou du potassium. Pourtant, dans quelques cas, il y a une diminution du calcium.

Gulotta (1930), dans un travail plus approfondi, conclut que la calcémie des déments précoces récents est augmentée, tandis que, chez les catatoniques, stuporeux, chroniques ou récents, elle est abaissée.

Enfin, l'hypofonction d'autres endocrines, les glandes génitales,

les surrénales, etc., comme l'a montré déjà C.-I. Parhon et ses collaborateurs, ont un rôle de préparation du terrain somatique à l'éclosion de l'affection.

Dans le présent travail, nous voulons attirer l'attention sur le rôle de l'hypophyse dans certaines formes de schizophrénie.

Il s'agit de la malade C. M., âgée de 33 ans, qui fut internée au cours de l'année 1935 pour des troubles schizophréniques.

Des *antécédents* hérédocollatéraux il faut retenir que son père s'est pendu ; la mère est bien portante ; tous deux ont été des alcooliques.

Des antécédents personnels on ne peut noter rien d'important. Nous n'avons pas d'informations précises sur les affections présentées pendant la jeunesse. Nous savons qu'elle fut mariée et qu'elle a eu deux enfants. Elle a abusé de boissons alcooliques.

De l'enquête entreprise il résulte que la malade a présenté des troubles psychiques une année avant l'internement, troubles caractérisés par de la confusion, de la logorrhée, de l'incohérence, etc.

*Examen physique* : la taille est de 1 m. 50. Le poids fut de 47 kg. Le crâne ne présente pas de déformations, les cheveux sont rares. Le visage est ovalaire avec un front haut, les éminences frontales ne sont pas proéminentes, les arcades sourcillières non plus. Les os mallaires sont proéminents à cause de la réduction du tissu graisseux, la boule de Bichat est fondue. Les sourcils sont rares surtout dans le tiers externe sans présenter un signe de Hertoghe net. La réduction du tissu graisseux met en évidence le nez. La bouche est large, les lèvres minces ; léger rétrognatisme du maxillaire inférieur. Les oreilles sont écartées du crâne.

On note une pigmentation diffuse de la peau du visage qui prédomine sur le front. Les muqueuses ne sont pas pigmentées.

Le cou est haut avec les reliefs musculaires mis en évidence. La glande thyroïde est difficilement palpable.

Le thorax est dégarni de tissu sous-cutané, et l'on peut compter les côtes. Les mammelles sont petites. Rien à la colonne vertébrale. Le système pileux des régions sous-axillaires est très réduit. L'abdomen est légèrement ballonné ; on ne trouve pas dans la région hypogastrique la graisse habituelle. Les poils du pubis sont rares.

Aux membres il faut noter la musculature réduite et la cyanose des extrémités ; les mains, notamment, sont livides.

La sensibilité sensorielle est la sensibilité générale sont conservées, les réflexes pupillaires ainsi que les réflexes ostéotendineux, tendineux et cutanés sont présents. Depuis plus d'une année les règles sont absentes.

Examen des appareils : aux poumons on ne trouve pas de lésions, la respiration est superficielle. Au cœur il faut noter de la bradycardie et de l'hypotension. La tension maxima est de 7,5, la minima de

5,5 cm. avec l'appareil Vaquez-Laubry. La diurèse est de 900 cc. On ne trouve pas d'albumine, de sucre ou d'autres éléments pathologiques. Les examens du sang et du liquide céphalo-rachidien pour la syphilis sont négatifs. L'examen des globules rouges a montré une légère anémie.

Au point de vue psychique la malade est autiste, indifférente. Elle est docile, mais présente parfois du négativisme. Les réponses sont paralogiques, dissociées, caractéristiques de la schizophrénie.

Nous voulons souligner que pendant les derniers six mois la malade a commencé à refuser les aliments. Elle reste la plupart du temps dans son lit, parfois dans une attitude catatonique. Bien qu'elle ne présente aucune affection intercurrente elle a commencé à maigrir malgré le traitement tonique que nous lui avons administré. Le poids du corps a diminué régulièrement de 47 kg. à 41 kg. bien qu'elle fût nourrie par le personnel et qu'elle s'alimentât elle-même.

La malade a décédé rapidement au cours d'une infection grippale en présentant seulement pendant deux jours de l'hyperthermie légère : 38° et 37°5.

A l'autopsie nous fûmes impressionné par l'émaciation de la malade ; les téguments en général présentaient un teint brun pigmenté mais les muqueuses buccales n'étaient pas atteintes.

Le poids du corps thyroïde fut de 20 gr., les surrénales étaient friables, elles ne présentaient pas des lésions tuberculeuses, le poids fut de 13 gr. Le pancréas pesait 80 gr., la rate 107 gr. Le rein droit pesait 187 gr. et le rein gauche 167 gr. Les ovaires sclérokystiques 13 gr. Le cœur 191 gr., le cerveau 1190 gr., le foie 1105 gr., légèrement congestionné et d'aspect jaune. Nous avons trouvé des lésions légères aux sommets des poumons, très probablement tuberculeuses. Cependant on ne pouvait expliquer la cause de mort d'après les trouvailles d'autopsie.

A l'examen histologique on observe dans l'hypophyse deux grands lacs sanguins ; on a l'impression d'une raréfaction tissulaire et qu'il s'est produit un épanchement sanguin ; on voit la paroi du vaisseau seulement d'un côté ; vers l'autre côté, l'épanchement est délimité par le tissu propre de l'hypophyse. Les lacs se trouvent vers le pôle antérieur où on observe aussi de belles cellules acidophiles isolées, moins souvent en groupes ou en syncytium. Vers la partie moyenne de l'antéhypophyse on n'observe que des cellules chromophobes. Vers la région intermédiaire on doit noter une abondance de cellules cyanophiles groupées sous forme d'acini. Ici on trouve également délimité par des cyanophiles 3-4 follicules avec colloïde hématoxilinophile. Le tissu conjonctif est assez abondant et dans certains endroits on observe des nodules fibreux parmi des cyanophiles. Dans le lobe postérieur rien de particulier, toutefois le feutrage ne présente pas des nombreuses cellules qui d'habitude émigrent de l'antéhypophyse.

Dans l'ovaire on doit noter le tissu conjonctif abondant ; les ban-

des fibreuses séparent le tissu interstitiel rare. On observe deux grands follicules athrésiques et de nombreux petits follicules involués à épithélium desquamés. La vascularisation est réduite, le corps jaune est presque absent.

Les surrénales sont réduites de volume et les trois couches corticales semblent moins développées, notamment les couches glomérulaires et réticulaires, les lipoïdes sont également diminuées. Le tissu chromaffin est moins dense et les cellules sont spongieuses. Le corps thyroïde présente l'image d'une hypofonction. Dans le foie on observe une surcharge graisseuse.

Dans les autres organes rien d'important à signaler.

L'examen de la région infundibulaire pratiqué sur des coupes sériées ne montre pas de lésions inflammatoires. Dans les noyaux suroptiques et mamillaires on observe de nombreuses cellules en chromatolyse mais il est difficile d'en tirer une conclusion.

*En résumé :* il s'agit d'une malade schizophrénique de 33 ans qui a présenté une forme fruste de maladie de Simmonds. A l'examen histologique, nous avons trouvé des modifications dans l'hypophyse, le corps thyroïde, les ovaires et les glandes surrénales, qui traduisent l'hypofonction de ces glandes. Il est très probable que l'hypofonction de ces dernières est consécutive aux modifications de l'antéhypophyse.

Nous rappelons les considérations que nous avons présentées au commencement de notre travail sur le rôle possible de la glande pituitaire dans certaines formes de schizophrénie.

D'après nous, on ne peut pas douter que celle-ci a un rôle dans la constitution asthénique dont le terrain est propice au développement des troubles schizophréniques.

Nous devons relever le fait qu'une hypofonction de la pituitaire peut suivre les modifications d'encéphaliques ou corticales. Or, le processus d'involution des cellules nerveuses chez les schizophréniques est un fait acquis.

Morgan et, plus tard, L.-O. Morgan et H.-S. Grégory (1935), ont étudié la région infundibulaire de 32 cas de psychoses et ont pris comme témoins 6 cerveaux d'individus sains. Dans ce groupe de psychoses, 10 ont présenté de la démence précoce.

Des cellules altérées furent trouvées dans la substance grise et le *nucleus tuberis lateralis*. Dans la substance grise des cerveaux témoins, le pourcentage de cellules saines a varié de 94 à 97 pendant que, dans les différentes psychoses, le nombre de cellules saines a varié de 9 à 33. Dans le *nucleus tuberis lateralis*, chez les sujets de contrôle, le pourcentage a varié entre 66 et 96, pendant que, dans les psychoses, le nombre de cellules saines a varié

entre 3 et 52 %. Les cellules furent considérées malades lorsqu'on observait des différents états de chromatholyse, neuronophagie et des états avancés de dégénérescence et dissolution. Dans les 10 cas de démence précoce, d'après les données que nous extrayons des protocoles, dans la substance grise, le nombre de cellules malades a varié entre 44 et 61 ; dans le nucleus tuberis lateralis, entre 0 et 46 ; donc, les lésions ont prédominé dans la substance grise. Il faut objecter que la plupart des cas de démence précoce ont dépassé l'âge de 45 ans et que les modifications cellulaires ne sont spécifiques pour aucune psychose.

Quoi qu'il en soit, il faut retenir le fait. Pour le moment, nous nous contentons de souligner que, dans certains cas de schizophrénie, on trouve une insuffisance de la fonction pituitaire, si ces modifications sont primitives ou secondaires aux lésions nerveuses, c'est un problème, que seulement des recherches plus systématiques peuvent résoudre.

## BIBLIOGRAPHIE

1. BOWMANN. — *J. Nev. Dis.*, 70, p. 353-359, 1929.
  2. CAHANE (M.) et CAHANE (T.). — Recherches sur les hormones hypophysaires dans certaines psychoses. *Annales Médico-psychol.*, n° 3, mars 1938.
  3. CAHANE (M.) et CAHANE (T.). — Considerazione cliniche su un caso di schizophrenia catatonica con lesioni degenerativi nel putamen. *Riforma Medica*, n° 1, 1937.
  4. CAHANE (M.) et CAHANE (T.). — Consideratiuni asupra unui caz de schizofrenie cu colibacilurie. *Miscarea medicală română*, p. 401, n° 5-6, 1938.
  5. CAHANE (M.) et CAHANE (T.). — Considérations sur un cas de schizophrénie catatonique avec double cataracte. Sur l'existence d'une insuffisance parathyroïdienne dans certaines schizophrénies catatoniques. *Bull. et Mém. de la Section d'Endocrinologie*, n° 4-5, avril et mai 1938, 3<sup>e</sup> Année.
  6. GULLOTA. — *Bull. Soc. Ital. Bul. Sper.*, 5, p. 501, 1930.
  7. MORGAN (L.-O.). — Further observations on the mammillo infundibular region of the diencephalon, relation to epilepsy dementia and the psychoses. *Proc. Soc. Exp. Biol. Med.*, 25, 617, 1928.
  8. MORGAN and GREGORY. — Pathological changes in the tuber cinereum in a group of Psychoses. *Journ. of Ner. and Mental Disease*, p. 286, n° 3, 1935.
  9. PARRON (J.-C.) et MILCOU. — Sur la réaction d'arrêt de l'hémolyse avec les extraits endocriniens chez les schizophréniques. *Bull. Mém. de la Section d'Endocrinologie*, 3<sup>e</sup> Année, 1937.
-



# L'INSULINOTHÉRAPIE

## PAR VOIE ENDO-VEINEUSE

PAR

BARDENAT et LEONARDON (1)

La résistance à l'insuline injectée à hautes doses, selon la méthode de Sakel, est loin d'être exceptionnelle. Elle pose des problèmes d'ordre biologique, thérapeutique et... économique.

Cédant à diverses considérations, surtout pratiques, nous avons essayé, chez certains de nos malades réfractaires, d'administrer l'insuline *par la voie veineuse*.

Les premiers résultats, s'ils n'ont pas répondu à toutes nos espérances, nous ont cependant permis quelques constatations intéressantes.

1° *Sensibilité*. — En ce qui concerne la sensibilité, tout d'abord, nous avons observé que, chez un même malade, *la dose d'insuline qui conduit au coma est la même*, qu'elle soit injectée dans les veines ou sous la peau. Un malade qui fait un coma sous l'influence de 80 unités d'insuline sous-cutanées, ne fait pas de coma si l'on injecte dans ses veines une dose moindre. Un de nos malades, resté indifférent à 100 unités d'insuline injectées sous la peau, ne réagit pas mieux à 100 unités administrées par voie veineuse. De telles observations ont été multipliées chez nos malades. Elles ne permettent pas d'espérer réduire les doses utiles d'insuline à nos patients.

2° *Rapidité d'action*. — Cependant, si la traduction clinique du choc insulinique (convulsions, coma) est, dans les deux cas, conditionnée par la même dose d'hormone, *les chutes hypoglycémiques sont plus rapides et plus intenses* lorsque l'insuline est administrée par voie intra-veineuse.

(1) Travail de la Clinique Psychiatrique de l'Université d'Alger.

Par exemple : 80 unités d'insuline par voie hypodermique donnent, chez une de nos malades, dont la glycémie à jeun est 1,20 0/00, un minimum glycémique de 0,27 trois heures plus tard. La même dose donnée par voie veineuse abaisse la glycémie à 0,07 moins de deux heures après.

Un autre malade, dont la glycémie de départ est 0,95, fait, avec 100 unités administrées sous la peau, 0,75 0/00 de glucose dans le sang une heure plus tard, et 0,30 au bout de trois heures. Alors que la même dose d'insuline injectée par voie veineuse abaisse la glycémie, une fois à 0,23 au bout d'une heure, une fois à 0,17 en trois quarts d'heure.

Généralement, d'ailleurs, le *minimum hypoglycémique est atteint de 30 à 45 minutes après l'injection intra-veineuse* (qui est toujours faite à jeun). Le taux de la glycémie se relève ensuite lentement à partir de la 1<sup>re</sup> heure, et plus rapidement entre la 3<sup>e</sup> et la 4<sup>e</sup> heure. Nous notons, par exemple, chez un malade, 0,10 un peu avant la 2<sup>e</sup> heure, 0,09 avant la 3<sup>e</sup> heure, 0,40 au bout de trois heures et demie.

3° *Intensité d'action.* — *Les minima hypoglycémiques atteints ont été souvent extrêmement bas* : nous avons des chiffres de 0,09, 0,10, 0,07, 0,17. *Ces abaissements ne se sont pas révélés dangereux* par eux-mêmes et nous n'avons constaté aucun accident grave. L'ingestion de glucose n'est presque toujours intervenue que très longtemps après le point extrême de cette chute, en moyenne deux à trois heures.

4° *Particularités cliniques.* — Quand le malade répond bien à l'insuline, le choc se déroule avec les mêmes phases, quelle que soit la méthode employée. Mais, dans l'administration endo-veineuse, *la phase préparatoire au coma est considérablement écourtée*. Une malade qui ne présentait les premiers troubles (instabilité musculaire, méditation, petits mouvements convulsifs, somnolence) que trois heures après la piqure hypodermique d'insuline, entrait dans la même phase à peine une heure après l'injection intra-veineuse de la même dose d'hormone. La durée des différentes phases était ensuite la même. Elles comportaient les mêmes modalités.

Le fait le plus intéressant que nous ayons remarqué est sans doute la *disparition de certains phénomènes pénibles* contemporains de la phase d'excitation psychique du précoma. Il est classique de voir, à cette période, certains malades développer et amplifier leurs symptômes expressifs, offrant, en quelque sorte, le raccourci et la caricature de leur psychose, la

révélation parfois de signes refoulés, apaisés ou disparus. Chez quelques-uns, cette exaltation est très pénible. Un de nos sujets, un indigène, poussait des hurlements effroyables, se tordait sur son lit en se débattant contre des ennemis imaginaires, demeurant inaccessible à toute intervention psychothérapique. L'administration de l'insuline par la voie veineuse supprima entièrement cette excitation ; seule persista une anxiété assez vive qui se fondait rapidement dans une torpeur suivie, à brève échéance, du coma.

Nous avons encore enregistré, chez les malades soumis à ce mode de traitement, la *plus grande fréquence des crises épileptiques ou convulsives* au moment du réveil ou à la fin du coma.

Nos recherches sont encore trop récentes pour nous permettre d'apprécier les résultats comparatifs de cette méthode et de la méthode habituelle quant à la modification imprimée à la marche de la psychose chez les malades traités.

Nous désirons seulement souligner dès maintenant que ce *modus faciendi* ne paraît pas plus gros de risque que la méthode hypodermique ; qu'il peut, dans certains cas, être avantageux d'éviter, à des malades présentant de l'agitation précritique, des moments très pénibles ; et qu'enfin, en se plaçant cette fois du point de vue du thérapeute, il peut être intéressant, pour la marche d'un service et la surveillance des traitements, d'abréger de quelques heures la durée de ceux-ci en les amputant de leur phase « muette ».

5° *Insulino-résistance*. — L'un de nous a présenté, avec Jean Sutter, à la 42<sup>e</sup> Session du Congrès des aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française (Alger, 1938), un cas de résistance à l'insuline chez une schizophrénique.

Il s'agissait d'une petite malade de 18 ans présentant le tableau d'une dissociation progressive des facultés mentales qui fut traitée au cinquième mois de sa psychose, après l'échec des thérapeutiques usuelles, par l'insuline à hautes doses. Il lui fut injecté par voie sous-cutanée et à jeun jusqu'à 300 unités d'insulines de différentes marques, sans obtenir d'elle la moindre réaction de choc. La glycémie ne s'abaissait à aucun moment au-dessous de 0,43 pour 1.000. Il ne se manifestait aucune modification des réflexes neuro-végétatifs sous l'influence de l'insuline.

Voici une autre observation qu'il n'est pas sans intérêt de rapprocher de la précédente :

Elle concerne un garçon de 15 ans dont l'enfance a été tout à fait normale jusqu'à l'âge de 13 ans et demi environ. A ce moment, il se met à présenter des accidents neuro-psychiques et généraux qui vont le conduire, par le chemin d'une de ces psycho-encéphalites mineures si importantes à cet âge, à la dissociation schizophrénique où il s'enlise actuellement : crises d'hypersomnie, petites bouffées fébriles, affaiblissement des facultés d'attention et de mémoire, troubles psycho-sensoriels (hallucinations cutanées), onirisme avec fugues. Son humeur devenait bizarre, il lui arriva de blesser un camarade d'un coup de couteau sans motif.

Après une courte rémission, les troubles mentaux se caractérisèrent au point d'amener l'admission du jeune malade dans le service du Professeur Porot.

Il est physiquement bien développé, avec une certaine tendance à l'adiposité ; on ne relève chez lui aucun stigmate suspect.

Son comportement est nettement puéril. Il témoigne d'un désintérêt complet pour le réel et l'actuel ; il vit dans un univers imaginaire composé de réminiscences de fables et d'histoires d'aventures qu'il affirme voir se dérouler « comme au cinéma » sur les murs de sa chambre. Cet autisme est très caractérisé et fait que le petit malade s'isole de son milieu sans effort. Quand on essaie de pénétrer avec lui dans son cosmos, on est déçu par sa pauvreté : imprécision des représentations, état fragmentaire des images, absence de lien et de suite entre les scènes et l'action des personnages.

La notion du moi est perturbée ; notre malade s'incorpore à Dieu en récitant des bribes de catéchisme sur le mode sentencieux.

Le stock des acquisitions didactiques est déjà réduit ; aucune notion consistante de calcul, d'histoire ou de science.

Les idées sont stéréotypées, de même que la mimique et les écrits. Il y a peu de néologismes dans sa syntaxe.

En bref, le tableau d'un état schizophrénique nous paraît si net que nous entreprîmes l'insulinothérapie après l'essai de quelques chocs à l'électrargol.

L'examen organique n'ayant pas montré de lésions en ses différents appareils et les urines étant exemptes de sucre, il reçut chaque matin à jeun des doses croissantes, de 10 en 10 unités, puis de 20 en 20, jusqu'à 150 unités. Pendant toute cette phase, le malade ne présenta aucun malaise, on ne nota pas même de sudation, pas de torpeur, pas de sensation de faim dans les cinq heures qui suivaient l'injection de l'hormone. Quelquefois, il s'agita, cria, eut des velléités de mordre les infirmiers.

Nous tentâmes alors d'administrer l'insuline par la voie veineuse, pensant, par une action plus massive et plus brutale, vaincre la résistance de ce malade.

Une première tentative, le 26 novembre, consista à injecter, à 20 minutes d'intervalle chaque fois (afin de ne pas risquer de dépasser la dose utile), 60, 60, 60 et 50 unités. Il ne se produisit rien.

Le surlendemain, nous fîmes d'emblée 100 unités à jeun dans les veines ; 25 et 35 minutes plus tard, 50 unités chaque fois furent données par la même voie. Aucun résultat apparent, si ce n'est une hypothermie à 35°3.

Le 29 novembre, 100 unités intraveineuses à jeun ; 100 unités de même 30 minutes plus tard. Aucune manifestation clinique ; la force musculaire mesurée à l'ergographe est intacte ; il n'y a pas d'instabilité musculaire ; le malade garde son sourire stéréotypé. Il paraît somnolent une heure plus tard, mais se réveille normalement sous une simple injonction.

Nous n'avons pas osé poursuivre la progression de telles doses d'insuline chez ce jeune garçon en raison de la chute impressionnante de la glycémie observée au cours de la troisième tentative. Cette glycémie se chiffrait en effet à 0,34 pour 1.000 à la 15<sup>e</sup> minute, à 0,17 pour 1.000 à la 30<sup>e</sup> minute.

Nous répétâmes seulement deux chocs, l'un avec 150 unités, l'autre avec 200 unités. Les résultats se résumèrent à une légère sudation la seconde fois, une agitation pseudo-convulsive la première.

En somme, chez un jeune schizophrène en excellent état général, la thérapeutique à l'insuline à hautes doses ne parvient pas à déclancher les accidents qui sont — en quelque sorte — l'objet de la méthode, c'est-à-dire les convulsions et le coma.

Ce cas appelle quelques réflexions.

Il prouve d'abord une fois de plus ce que l'on avait observé depuis longtemps (Uhry, Escalier), qu'il n'existe aucun parallélisme entre l'intensité des accidents dus à l'insuline et le taux de l'hypoglycémie.

Il s'inscrit encore contre les hypothèses de Chabannier et Lobo-Obnell, qui pensaient que ces accidents pouvaient être le fait de la brusque dénivellation de la glycémie chez les sujets dont le mécanisme glyco-régulateur est paresseux. Notre malade a pu passer d'un taux de glycémie de 0,80 0/00 avant l'injection, à un taux de 0,17 en l'espace de 30 minutes, sans manifester de réactions cliniques appréciables.

Il n'est donc pas douteux que ce n'est pas l'hypoglycémie elle-même qui produit le choc dit insulínique. D'ailleurs, l'observation a été souvent faite que le coma se produit alors que la glycémie commence à se relever. On tend généralement à admettre que ce sont des produits du métabolisme intermédiaire des glucides qui sont responsables du coma et des autres troubles (Bersot), bien qu'on n'ait pu contrôler (Combemale) aucune concordance entre le taux de ces produits et l'apparition des accidents insulíniques.



Quel que soit le rôle de ces métabolismes intermédiaires, un fait nous paraît devoir être retenu chez notre malade : la possibilité d'atteindre un taux de glycémie extrêmement bas (0,07 après la 4<sup>e</sup> injection), sans présenter d'accidents.

Il faut donc admettre ici, ou bien que, chez certains sujets, le métabolisme intermédiaire du glucose ne comporte pas de corps toxiques, ou bien, ce qui est plus vraisemblable, qu'il existe des malades pratiquement insensibles à l'action des poisons libérés par les mutations du sucre circulant.

Nous croyons enfin que notre jeune malade n'apporte pas un argument favorable à la thèse selon laquelle l'insulino-résistance est due à des substances neutralisant l'insuline (Mauriac, May). En réalité, dans ce cas, l'action de l'insuline est dissociée : intense sur la glycémie, nulle sur le système nerveux.

Et ainsi est posée la question de savoir si l'effet de l'insuline sur le système nerveux n'est pas un effet pharmacodynamique spécial, totalement indépendant du rôle glycorégulateur du pancréas.

---

# SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

---

*Séance du Jeudi 9 Février 1939*

---

**Présidence : M. LAIGNEL-LAVASTINE, président**

---

## PRÉSENTATIONS

**Dépression et psoriasis,  
par MM. LAIGNEL-LAVASTINE et P. PAUGAM.**

Nous présentons un cas de dépression chez un psoriasique, qui nous a paru intéressant, par le balancement entre l'intensité de la dermatose et le degré de la dépression.

M. M... Edouard, 38 ans, entre à la Pitié, le 12 janvier 1938, pour un syndrome dépressif. Depuis quelques semaines, tout effort, le moindre travail lui sont devenus impossibles ; il resterait volontiers, chez lui, toute la journée, sans manger, sans boire ; la santé, le bien-être des siens, lui sont devenus indifférents ; sa propre existence ne l'intéresse guère, et il envisage l'avenir avec pessimisme. A l'hôpital, d'emblée, il demeure enfoui sous les couvertures, ne parlant pas à ses voisins, ne se levant pas ; il mange peu, avec difficulté et dégoût ; semble fuir l'interrogatoire du médecin, parle toujours d'une voix basse, mal articulée. Il s'agit de toute évidence d'un syndrome dépressif.

L'interrogatoire du malade nous révèle l'existence d'un premier accès en 1933, avec les mêmes symptômes ; il vivait triste, avec ses idées noires, voire des idées de suicide : une tentative au gaz d'éclairage le conduisit à l'hôpital Tenon où il resta six semaines. L'accès dépressif dura 4 mois.

L'examen clinique, pratiqué à la Pitié en janvier 1938, lors du second accès dépressif, nous a montré l'absence de symptômes neurologiques organiques : force musculaire normale, aucune paralysie, réflexes normaux, pupilles normales, réagissant bien. Le Wassermann est négatif dans le sang. La tension artérielle est à 12-8. Cœur, poumons normaux.

Par contre, il existe un psoriasis discret, avec éléments plus ou moins nets à la face, à la racine du cuir chevelu, à la face d'extension des coudes, aux lombes, et très peu aux membres inférieurs.

Le psoriasis s'est révélé en 1931, soit deux ans avant le premier accès dépressif. Les éléments, d'abord peu nombreux, s'étaient rapidement multipliés, malgré le traitement, pour s'estomper ensuite, disparaître pour ainsi dire, dès l'apparition de l'accès dépressif.

Ces premiers renseignements, donnés par le malade, nous montrent déjà cette sorte d'antagonisme entre l'abondance de l'éruption psoriasique et le degré de dépression. Ajoutons que des manifestations articulaires avec gonflement, douleur, gêne considérable aux mouvements avaient accompagné le psoriasis.

Signalons aussi, non pas les antécédents personnels du malade (oreillons, scarlatine, épisode pulmonaire), mais les antécédents héréditaires (mère à l'asile), les antécédents collatéraux (sœur psoriasique et déprimée, frère bien portant).

Nous avons gardé le malade quatre mois, au laudanum, à la strychnine, sans grande amélioration. Il accusait constamment une céphalée intense, avec douleurs mastoïdiennes, amaigrissement de 3 kilos. Le psoriasis restait très atténué et n'inquiétait ni le malade, ni le médecin.

Un épisode intercurrent, mastoïdite aiguë, avec écoulement otitique, hémiplégie gauche, réaction méningée, n'ont influencé ni la dermatose, ni la dépression. Le malade est opéré en otorhino-laryngologie ; les douleurs disparaissent, l'hémiplégie régresse, et après un séjour de six semaines dans le service de spécialité, le malade part en convalescence.

Il fait, à Saint-Maurice, un séjour de deux mois. Il affirme que, depuis l'intervention, son état s'améliore, il reprend goût à la vie, mange bien, dort bien ; son poids augmente, passant de 57 à 61 kilos ; il se dispose à quitter la maison de convalescence, quand on nous le renvoie avec la notice suivante :

« A l'asile depuis deux mois, en traitement depuis quinze jours  
« pour psoriasis de la face, non amélioré par les injections de  
« cyanure et de novae, ni l'auto-hémothérapie. »

De toute évidence, ici encore, l'état dépressif disparaissait quand la dermatose réapparaît.

Pour nous résumer :

— Apparition du psoriasis en 1931 ; tendance à l'amélioration en 1933, lors du premier accès dépressif.

— Séjour à la Pitié de janvier 1938 à juin 1938 où les phénomènes dépressifs dominent, le psoriasis reste au second plan.

— Fin de l'accès dépressif en janvier 1939, réapparition du psoriasis.

On peut affirmer qu'il y a là autre chose qu'une coïncidence ; il existe un véritable balancement entre les deux phénomènes : psoriasis et dépression. N'existerait-il pas une dépression psoriasique, à individualiser, dans le domaine déjà si complexe du psoriasis ?

M. VIÉ. — Le psoriasis est fréquent chez les psychopathes. J'ai une délirante hallucinatoire chronique qui présente une éruption beaucoup plus intense que celle de cette malade, et dont l'humeur est habituellement hyper-thymique. Je n'ai pas observé de variations dans l'état de son éruption.

M. MARCHAND. — Ce malade est intéressant, car il réalise un syndrome contraire à celui qu'il serait logique d'attendre. C'est alors qu'il est défiguré, c'est-à-dire quand il aurait le plus de raison d'être attristé, qu'il l'est le moins.

M. GUIRAUD. — Cette amélioration de l'état mental par une éruption cutanée est à rapprocher du mécanisme curateur, invoqué par certains psychiatres étrangers qui prétendent guérir les psychoses par la production d'un érythème sérique.

M. CARRETTE. — J'ai observé une malade atteinte de psoriasis et obsédée depuis 10 ans qui présente des alternatives d'amélioration et d'aggravation de son éruption. Les traitements chimiques ne paraissent pas agir, mais à chaque poussée obsédante, la malade signale une diminution des taches. Quand elle va mieux, une poussée de psoriasis survient au coude, au cou, aux cuisses, m'a certifié le D<sup>r</sup> Denéchau (d'Angers), qui connaît la malade.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Ces cas justifient le groupe des troubles mentaux, à propos desquels j'ai employé autrefois l'étiquette de psychiatrie colloïdale. Et le balancement entre troubles cutanés et troubles mentaux s'explique bien, puisqu'il s'agit du même territoire ectodermique.

Sur un cas de maladie de Lobstein avec idiotie congénitale,  
par MM. André BARBÉ et Jean DELAY.

La malade que nous avons l'honneur de présenter, Pél... Simone, âgée de 17 ans, est atteinte d'une maladie rare : l'ostéopsathyrose ou maladie de Lobstein (1).

Elle est hospitalisée à la Salpêtrière, division Félix Voisin, depuis l'âge de 8 ans. Entre 8 et 12 ans, en moins de quatre années, nous avons observé chez elle sept *fractures* (deux fractures du fémur, trois fractures de jambe, deux fractures de l'humérus) et deux *luxations* (luxation du coude, du poignet). Ces fractures survinrent presque sans douleurs, à l'occasion d'un traumatisme des plus minimes : ce furent en fait des *fractures spontanées* dont la consolidation fut rapide et facile. Nombre de fractures anciennes avaient même passé inaperçues, comme nous le montra un examen radiographique systématique de la totalité du squelette. Les clichés apportent l'explication de cette fragilité osseuse : on constate en effet l'extrême gracilité des os, leur transparence tout à fait anormale. La corticale est très amincie et le canal médullaire apparaît de ce fait élargi. Certaines déformations des os longs paraissent indépendantes de toute fracture : inflexion à grande courbure du fémur gauche, de l'humérus gauche, *genu valgum* bilatéral. Si la gracilité et la décalcification des os expliquent les fractures, la grande *hyperlaxité ligamenteuse* explique les luxations ; l'hypotonie est telle qu'il est possible d'imprimer aux membres de la malade des attitudes véritablement acrobatiques.

Outre ce passé pathologique de fractures et de luxations, on est frappé par la *morphologie* très spéciale de cette malade. A 17 ans, elle ne mesure que 1 mètre 40. Le crâne est augmenté de volume, élargi transversalement avec saillie des temporaux formant au-dessus de la base du crâne une corniche, l'ensemble réalisant le « crâne à rebords » décrit par Apert (2). La radiographie du crâne montre l'élargissement de tous les diamètres mais surtout du diamètre bitemporal ; elle révèle un amincissement considérable des os de la voûte avec en certains points une disparition apparente de la corticale (aspect ouaté de la voûte). Le *massif facial* est atrophié, la face est allongée et pointue, contrastant par sa minceur extraordinaire avec les dimensions du crâne. Les dystrophies dentaires de cette malade (implantation défectueuse, translucidité anormale, teinte de « corne blonde ») ont fait l'objet de la thèse d'un stomatologiste, le Dr Davenport (3).

Dans l'ensemble, la morphologie de cette jeune fille évoque celle d'une petite vieille ratatinée et flétrie. Ceci tient non seulement aux anomalies du squelette, au nanisme et à la cyphoscoliose vertébrale, mais à l'aspect des téguments (gerodermie). La même fragilité



osseuse, la même morphologie existent chez la mère et la grand-mère maternelle. Ce caractère héréditaire et familial ne laisse aucun doute sur le diagnostic de maladie de Lobstein.

Dans un certain nombre de cas s'ajoutent à l'ostéopsathyrose, des troubles oculaires et auditifs.

Du point de vue oculaire on note la teinte bleutée des sclérotiques [cette association sclérotiques bleues et fragilité osseuse est bien connue depuis les travaux d'Eddowes (4)], et plus accessoirement la couleur marron de l'iris et la myopie qui sont habituelles chez ces malades. Pas de modifications du champ visuel, ni du fond d'œil. Ni paralysies de la musculature extrinsèque, ni modifications pupillaires.

Du point de vue auditif, l'examen est resté négatif. Pas de surdité [l'ensemble fragilité osseuse, sclérotiques bleues et surdité eût réalisé le syndrome de van der Høwe (5)]. Pas de troubles vestibulaires. Pas de coloration bleutée des tympons. Mais dans un grand nombre d'observations la surdité constitue un symptôme tardif.

Si nous présentons aujourd'hui cette malade — déjà observée il y a dix ans par M. Apert — c'est d'abord à cause d'une particularité remarquable de l'évolution. A partir de l'âge de 12-13 ans, les fractures ne se sont plus reproduites : ceci a coïncidé avec l'apparition des premières manifestations de la puberté. Notre malade est réglée, bien qu'irrégulièrement, les seins sont développés, mais inégalement, les poils pubiens sont abondants (mais alopecie axillaire totale).

Or, Niklas et Scholtz, et plus récemment Kaplan (6), ont insisté sur le fait que la fragilité osseuse frappe avec prédilection les filles et cesse parfois à la puberté. Les récentes statistiques de Carrière et Hurriez (7) confirment cette opinion.

Aussi bien, le rôle d'une dysendocrinie apparaît-il essentiel dans cette affection. En dehors d'une dysovarie, bien d'autres endocrines ont été incriminées, le thymus par les auteurs italiens (Frontali et Sorrentino, Macrotta), l'hypophyse, la thyroïde, les parathyroïdes, etc...

Chez notre malade nous n'avons constaté aucun signe clinique de la série hypophyso-tubérienne ; la selle turcique est de dimensions normales. Le seul signe clinique de la série thyroïdienne est l'alopecie axillaire totale. Le métabolisme basal est diminué (— 8 %), mais cet abaissement n'est pas corroboré par une élévation de la cholestérolémie (1 gramme 72). Du point de vue parathyroïdien, aucun signe humoral, aucune modification de l'excitabilité neuro-musculaire. La calcémie est de 110 milligrammes ; la phosphorémie (dosage du phosphore minéral dans le sérum  $P\ 0/00 = 38\text{ mg. }8$ ). Le dosage de

l'activité phosphatasique du sérum pratiqué par Mme Delaunay a montré : 36,8 unités Cayla (les chiffres normaux étant 15 pour un adulte, 40 pour un enfant) ou 24,5 unités Kay (les chiffres normaux étant 10 pour un adulte, 30 pour un enfant). Les réactions électriques qualitatives sont normales. Un certain nombre de chronaxies ont été recherchées (D<sup>r</sup> Mathieu), elles sont dans l'ensemble normales à la limite supérieure, parfois légèrement plus élevées.

Chr. normales

Fléchisseur du 3 <sup>e</sup> doigt (gauche) . . . . .	0 gr. 36	0,20 à 0,36
Biceps gauche . . . . .	0 gr. 12	0,08 à 0,16
Delfoïde gauche f. antérieur . . . . .	0 gr. 28	0,08 à 0,16
Extenseur du gros orteil (gauche) . . . . .	0 gr. 40	0,24 à 0,36
Vaste interne du quadriceps gauche . . . . .	0 gr. 20	0,10 à 0,16

Aucun signe de la série surrénale : tension artérielle normale, pas de pigmentation cutanéomuqueuse, glycémie à 0 gr. 84, azotémie à 0 gr. 32.

Numération globulaire : Hémoglobine 100 %. Globules rouges : 4.342.000 ; globules blancs : 8.400. Formule leucocytaire : polys neutro. 70 %, éosino. 1,5, lymphocytes 1, mononucléaires moyens 12, grands 15,5.

Outre l'ostéopsathyrose, cette malade est atteinte d'une *idiotie congénitale*, idiotie à peu près complète. Non seulement elle n'a pu apprendre à distinguer les lettres, mais elle reconnaît à peine les personnes qui l'entourent et son vocabulaire se réduit à trois ou quatre mots. Elle n'est pas turbulente. Elle passe son temps assise dans son lit ou sur sa chaise, à plier en quatre des morceaux de papier ou de chiffons, à les déplier, à les replier et ainsi de suite (stéréotypies). Pas de perversions en dehors de l'onanisme.

Un électro-encéphalogramme a montré l'absence d'ondes alpha et l'existence d'ondes lentes d'une fréquence de 3 à 5 Hertz, rappelant les ondes delta décrites par W. Grey Walter. Nous nous bornons à signaler ce fait, déjà constaté dans l'idiotie myxoédémateuse (8 et 9) ; l'analyse encéphalographique détaillée de l'arriération mentale faisant partie d'une étude écrite par l'un de nous en collaboration avec Ivan Bertrand et Mlle J. Guillaïn (10).

Peut-on établir un rapport entre les deux syndromes présentés par cette malade, l'ostéopsathyrose et l'idiotie ? L'état mental des ostéopsathyrosiques est habituellement normal. L'idiotie a été signalée, à titre tout à fait exceptionnel, par Crouzon et Macé de Lépinay (11), par Carrière. Dans l'observation de Crouzon — tout comme dans la nôtre — l'ostéopsathyrose existait chez la mère et la fille, mais seule la fille était

atteinte d'arriération mentale. Des troubles mentaux divers sont signalés dans les observations de Prussak (12), de Hughes, Cazejust, Viallefond et Ratié (13), de X. Abély, Mauclair et Nodet (14). Dans leur intéressante observation, MM. X. Abély, Mauclair et Nodet concluent : « Comme dans la grande classe des maladies familiales, il y a, chez ces sujets, une prédisposition aux troubles mentaux et à l'évolution grave de ces troubles. » En ce qui concerne notre malade, peut-être qu'une autre interprétation mériterait aussi d'être envisagée, à savoir le rôle de l'hérédo-syphilis. La mère a une réaction de Bordet-Wassermann dans le sang positive ; elle a fait plusieurs fausses-couches et notre malade, née avant terme (huit mois), est la seule enfant vivante.

Bien que les réactions de Bordet-Wassermann, de Hecht, de Kahn, aient été négatives, et que le liquide céphalo-rachidien soit strictement normal (albumine 0 gr. 23 ; lymphocytes 1,7 ; B.-W. négatif ; précipitation normale du benjoin colloïdal), on ne peut éliminer absolument le rôle de l'hérédo-syphilis dans la genèse de l'idiotie. En ce qui concerne la maladie de Lobstein, ce rôle est encore beaucoup plus discutable. Il semble que, chez la mère, il se soit agi de syphilis acquise. Or, la maladie de Lobstein se retrouve chez la grand'mère de notre malade dont l'état mental, comme celui de sa fille, était tout à fait normal. Sans doute, a-t-on pu démontrer l'hérédo-syphilis chez un certain nombre de sujets atteints de maladie de Lobstein (Carrière et Huriez), mais il faut reconnaître que le traitement antispécifique n'a guère été efficace dans les cas où il fut appliqué et notre malade n'a pas fait exception à la règle.

#### BIBLIOGRAPHIE

1. LOBSTEIN. — *Lehrbuch der pathologischen Anatomie* 1833, art. 2, p. 204, t. II.
2. APERT. — Les hommes de verre. Fragilité osseuse hérédo-familiale avec crâne à rebord, sclérotiques bleues et troubles auditifs. *Presse Médicale*, 27 juin 1928, p. 805-809.
3. DAVENPORT. — Les hommes de verre, maladie de Apert, 1931.
4. EDDOWES. — *The Brit. Med. Journal*, 28 juillet 1901, p. 222.
5. VAN DER HEGWE et DE KLEIJN. — Sclera Broscheit van het beenstelsel en gehoorstoormosen. *Nederland Tydsch. u. Geneesk.*, 1917, n° 13.
6. KAPLAN (E. B.). — *The Journal of Bone and Joint Surgery*, vol. XVI, n° 3, juillet 1934, p. 625.
7. CARRIÈRE (G.), HURIEZ (Cl.) et HOCQ (W.). — La maladie de Lobstein. Le syndrome des sclérotiques bleues dans ses rapports avec la fragilité osseuse et l'hérédo-syphilis. Paris, Doin, 1938.

8. BERTRAND (I.), DELAY (Jean), Mlle J. GUILLAIN. — L'électro-encéphalogramme dans le myxœdème. *C.R. des séances de la Société de Biologie*, 129, 1938, p. 395.
9. GUILLAIN (G.), BERTRAND (I.), DELAY (Jean), Mlle J. GUILLAIN. — Les anomalies de l'électro-encéphalogramme dans le myxœdème. *Bull. de la Soc. médicale des Hôpitaux de Paris* du 14 novembre 1938.
10. BERTRAND (I.), DELAY (Jean), Mlle J. GUILLAIN. — L'électro-encéphalogramme normal et pathologique. 1 vol., Masson, 1939 (sous presse).
11. CROUZON, MACÉ DE LÉPINAY et DI MATTEO. — Ostéopsathyrose chez la mère et chez la fille. Etude biologique de ces deux cas. *Bull. Soc. méd. Hôp. de Paris*, 1934, p. 1672.
12. PRUSSAK. — Deux cas d'ostéopsathyrose idiopathique. *Revue neurologique*, 1929, t. II, p. 601.
13. HUGHES, CAZEJUST, VIALLEFOND et RATIÉ. — Un cas de syndrome de van der Hæwe. VI<sup>e</sup> Congrès d'O.N.O., Montpellier, mai 1922.
14. ABÉLY (X.), MAUCLAIRE et NODÉT. — Syndrome des sclérotiques bleues chez une aliénée. *Ann. Médico-psychol.*, n° 2, juillet 1934, p. 289.

M. GUIRAUD. — Le rôle de la syphilis dans le cas particulier est peut-être contestable. L'aggravation des syndromes dans la descendance des sujets incomplètement développés au point de vue psychique est une loi, la loi de la dégénérescence mentale de Morel.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Il semble, en effet, que la maladie de Lobstein existât dans cette famille, antérieurement à la contamination syphilitique, ce qui est souvent le cas.

**Polyradiculonévrite avec dissociation albumino-cytologique type Guillain et Barré chez une démente précoce (présentation de la malade), par MM. LHERMITTE et SUTTEL.**

L'étiologie et la pathogénie du syndrome de Guillain et Barré sont entourées de tellement d'inconnu qu'il nous a semblé intéressant de rapporter le cas d'une malade entrée le 7 juillet 1937 dans le Service du D<sup>r</sup> Beaudouin, à Maison-Blanche.

La malade G... Madeleine, 22 ans, célibataire, exerçait la profession de vendeuse à Paris. Elle entre dans le service, après un court séjour à Ste-Anne, avec les certificats suivants : « Excitation psychique. » « Préoccupations hypocondriaques. Erotisme. Scandale chez un médecin. Troubles de la mémoire et de l'attention. Désorientation. » « Léger tremblement des doigts. Règles irrégulières en général et « supprimées depuis deux mois. Les troubles remontent à trois ans. » « Mère internée récemment à Maison-Blanche. »

Dans les jours qui suivent son entrée dans le service la malade

montre une excitation psychique atypique et variable. On observe des périodes d'excitation avec propos incohérents succédant à des périodes de mutisme. Peu à peu les phases d'excitation se font plus rares et la malade parvient à répondre à des questions simples.

Les recherches des antécédents héréditaires et collatéraux révèlent que la mère a été internée à l'âge de 45 ans à Maison-Blanche avec le diagnostic : psychose paranoïaque. Réactions humores négatives. Le père a toujours été bien portant. La malade a une sœur également bien portante. Deux frères morts en bas âge de bronchopneumonie à la suite d'une rougeole. Pas d'antécédents bacillaires, spécifiques ou éthyliques dans la famille.

Les antécédents personnels sont difficiles à faire préciser par la malade elle-même, mais sa famille a pu nous donner des renseignements complets.

La malade a eu une enfance à peu près normale, elle commence à marcher à un an et demi, à parler à deux ans, elle est assez bonne élève à l'école et obtient son certificat d'études. Elle est réglée à 12 ans mais d'une façon très irrégulière. Elle était, dit son père, « de tempérament faible ». Se place comme vendeuse, puis comme sténo-dactylo, mais reste peu de temps dans ses places.

Elle n'a eu aucune maladie grave.

N'a jamais eu d'angine suivie de complications.

N'a jamais subi de traitement physique ou chimiothérapique.

Il y a à peu près trois ans, la malade aurait reçu des coups sur la tête, dans la région frontale, au cours d'une dispute avec un ami. A partir de ce moment un très grand changement se serait manifesté dans son caractère et dans son attitude. Elle ne se trouvait jamais bien et manifestait des idées de tristesse et de persécution. Des maux de tête, intenses et continus, apparaissent avec cauchemars la nuit. Trois mois avant l'internement, apparition de l'excitation physique et verbale avec fugue de deux jours.

L'examen somatique de l'entrée, le 7 juillet 1937, ne révèle pas de grosses anomalies : hypertrichose. Légère hyperthyroïdie. Aménorrhée depuis deux mois. Les appareils digestif, génito-urinaire, pulmonaire et cardio-vasculaire sont normaux. T.A. (Vaquez) 12-10. Radiographie cardio-pulmonaire normale.

Au point de vue neurologique :

Les réflexes tendineux et cutanés sont normaux.

Les pupilles sont égales, régulières et réagissent normalement.

Léger tremblement digital.

Pas de signes d'imprégnation éthylique.

A cette période l'état de la malade peut donc se résumer : au point de vue mental, un état d'excitation atypique et variable ; au point de vue physique, persistance de maux de tête intenses et aménorrhée.

L'état physique reste sans changement appréciable pendant plusieurs mois. Les règles réapparaissent, mais excessivement irrégulières, tous les six ou huit mois. Puis un gâtisme intermittent apparaît.



Au point de vue mental, la malade est plus calme mais toujours paresseuse et indocile.

Au début de novembre 1938 nous remarquons quelques troubles de la marche. La malade marche en stoppant fortement, plus particulièrement du pied droit. Un premier examen montre que les réflexes tendineux sont presque abolis aux membres inférieurs. Les réflexes photo-moteurs restent normaux.

Les recherches d'un point douloureux ou d'une saillie anormale de la colonne vertébrale sont négatives. La radiographie ne montre rien d'anormal.

En quelques jours la malade est obligée de s'aliter, la marche normale lui est devenue impossible ; elle se déplace péniblement en se tenant aux lits.

Un deuxième examen fait le 4 décembre montre que le syndrome a encore évolué. La motilité, entièrement conservée aux membres supérieurs, est très fortement diminuée aux membres inférieurs, plus particulièrement aux extrémités où l'extension et la flexion sont difficiles.

La malade ne peut se tenir debout, même immobile, sans appui ; on observe aux membres inférieurs une incoordination des mouvements : la malade ne pose un talon sur le genou de l'autre jambe que très péniblement et après plusieurs essais. Les réflexes rotuliens, achilléens et médioplantaires sont entièrement abolis.

Pas de Babinski.

Les réflexes photo-moteurs sont conservés. Pas de nystagmus. L'examen du fond d'œil et de la vision ne révèle rien d'anormal. L'étude de la sensibilité générale montre une absence totale de douleur spontanée, mais les masses musculaires des mollets et des cuisses sont douloureuses à la pression.

De plus la malade ne différencie bien le froid et le chaud aux membres inférieurs qu'en dessus des genoux : au-dessous les erreurs sont fréquentes.

Une numération globulaire faite à trois reprises révèle une hyperlymphocytose appréciable (35 0/0, 30 0/0 et 30 0/0).

Les réactions humérales sont négatives mais l'examen du liquide céphalo-rachidien montre une leucocytose appréciable, 10,4, avec très forte hyperalbuminose : 2 gr. 30. Pas d'hypertension. Un examen général des différents appareils et une recherche du bacille diphtérique sont négatifs.

Un traitement par le salicylate de soude intraveineux est institué le 15 janvier.

Depuis cette époque l'état de la malade semble s'être amélioré, tout au moins au point de vue fonctionnel. La marche sans appui est encore impossible, mais la malade peut se tenir debout seule avec un point d'appui. Les masses musculaires sont moins douloureuses.

Les réflexes tendineux restent abolis.

Une ponction lombaire pratiquée le 28 janvier montre une forte baisse de l'hyperalbumine (0 gr. 85) et de la leucocytose (4,6).

Il nous a semblé utile d'insister sur la période antérieure à l'apparition de ce syndrome que l'on ne rencontre, le plus souvent, que lorsqu'il est entièrement constitué.

La limitation et localisation élective aux membres inférieurs nous ont paru également remarquables, la majorité des cas rapportés montre le plus souvent une atteinte des quatre membres.

L'évolution s'est faite entièrement pendant le séjour à l'asile. Le problème étiologique reste entier ; à aucun moment, la malade ne s'est trouvée dans le voisinage immédiat de malades fiévreuses ou contagieuses, et elle-même n'a pas présenté d'élévation thermique notable.

Enfin, au point de vue thérapeutique, le salicylate de soude intra-veineux semble avoir une action très nette sur la régression de ce syndrome qui, à première vue, paraît assez inquiétant, mais dont le pronostic est en réalité assez favorable.

M. LÉVY-VALENSI. — Il me semble que la réunion des signes du syndrome neurologique Guillain-Barré est très incomplète.

Il manque : 1° l'évolution ascendante des troubles qui doit rappeler la maladie de Landry ; 2° l'association des phénomènes névritiques, c'est-à-dire la perte de la sensation du besoin d'uriner et les poussées douloureuses ; 3° la dissociation cyto-albumineuse. Pour ces raisons, je dirais radiculite et non syndrome de Guillain-Barré.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Je suis de l'avis de M. Lévy-Valensi. Il y a un parallélisme dans le taux des cellules et le taux de l'albumine qui ne réalise pas la dissociation décrite par Guillain et Barré.

**Ankylose des deux coudes. Séquelle de bouffée d'agitation délirante chez une adolescente hystérique, par MM. P. COURBON et J. PERRIN.**

La jeune fille que nous présentons est complètement guérie depuis deux mois, d'une bouffée délirante hystérique qui en dura trois. Mais elle est, au contraire, aggravée dans l'invalidité qui frappa insidieusement ses deux membres supérieurs au cours de cette bouffée délirante.

L'intérêt de son cas est bien plus de l'ordre de la pathologie générale et de la neurologie que de l'ordre de la psychiatrie. Il pose, en effet, le problème toujours renaissant des rapports entre le trouble fonctionnel et le trouble lésionnel.

Elle a 18 ans et appartient à une famille d'ouvriers dont le père et deux frères sont tuberculeux ; ces deux derniers ont eu des pneumothorax. Sa mère dans sa jeunesse eut des crises convulsives qualifiées hystériques.

Elle entra dans notre service le 12 août dernier pour des troubles mentaux apparus récemment d'une façon brusque, à la suite de l'émotion provoquée dans les jours précédents par la connaissance d'un jeune homme de son âge et de sa condition dont elle pensait qu'il pourrait devenir son fiancé.

Elle présentait un syndrome maniaque caractérisé essentiellement par des attitudes théâtrales et passionnelles accompagnées tantôt de propos érotiques, tantôt de récitation littéraires, tantôt de cris terrifiés. Elle semblait mimer des scènes d'extase ou d'épouvante au cours desquelles elle se laissait tomber tragiquement sur le sol. Elle résistait à toutes les sollicitations, refusait même de répondre autrement que par des gestes déclamatoires. Aussi le certificat rédigé par l'un de nous fut-il : « Syndrome de négativisme théâtral avec mutisme intermittent, chutes prudentes sur le sol, symptomatique de bouffée délirante sur fonds mental hystérique. »

Cet état d'agitation persista. Il se montra réfractaire aux sédatifs. Aussi recourait-on parfois pour la maintenir au lit à la camisole dont on attachait les manches aux montants du sommier. Alors elle s'amusa, en écartant et rapprochant les coudes, à tambouriner avec eux sur ces montants. Quand on la détachait elle se promenait simulant l'ivresse, titubant et se laissant tomber en arrière sur le plancher où elle gisait comme si elle était morte. Elle n'eut jamais de crise convulsive.

Cet état dura jusqu'à notre départ en vacances, au milieu d'octobre. A notre retour, trois semaines plus tard, on nous dit que peu à peu elle s'était calmée et avait recouvré sa lucidité. Mais elle gardait les deux membres supérieurs perpétuellement immobiles le long du corps et se laissait nourrir à la cuiller. Elle conservait les segments de membres dans l'état où on les mettait. Mais on ne parvenait pas à étendre complètement les avant-bras, aussi redoutant la possibilité d'une arthrite tuberculeuse avait-on demandé une radiographie.

Notre examen confirma la description qu'on nous avait faite de la malade. Sa lucidité était parfaite. Les deux membres supérieurs étaient anesthésiques. Tous les mouvements passifs étaient possibles dans leur entière amplitude, sauf ceux de flexion et d'extension qui étaient très incomplets.

Une psychothérapie et une rééducation énergiques ramenèrent la récupération de la motricité volontaire et la disparition de l'anesthésie. Mais la radiographie montra en arrière de chaque olécrane une petite masse du volume d'un noyau de cerise, avec quelques traînées calcifiées.

Cette constatation fit modérer l'énergie de la rééducation motrice. On ne chercha plus à obtenir le maximum d'extension et de flexion

qu'on sentait arrêtées par un obstacle solide et non par une contraction. Et on recourut à la radiothérapie.

La malade, à raison de deux fois par semaine, fut soumise aux rayons X ; elle se prêta de très bonne grâce aux exercices passifs et actifs de rééducation qu'on lui fit quotidiennement exécuter. Elle a eu 10 séances de radiothérapie ; mais toute cette thérapeutique fut sans effet. Au contraire, son état s'est aggravé.

Nous l'avons endormie au chloroforme et nous avons constaté qu'après résolution musculaire complète, la mobilité de ses avant-bras sur les bras était limitée entre 95 et 80° environ. Et une radiographie nouvelle a montré que les noyaux de cerise de novembre sont devenus des amandes parfaitement calcifiées. L'investigation radiographique de tout le reste du squelette n'a révélé aucune anomalie.

Mentalement l'équilibre est parfait. Cette jeune fille a été rendue à la liberté, sa conduite est tout à fait normale et elle se rend ponctuellement à toutes nos convocations.

Il s'agit donc d'une jeune fille de 18 ans, à antécédents héréditaires hystériques et tuberculeux, entrée à l'asile pour une bouffée délirante polymorphe, à prédominance de manifestations extravagantes théâtrales, telles que chutes plus ou moins brutales sur les coudes et le dos. Au bout d'un mois, cette agitation fit place à un accès de dépression avec inertie, négativisme, mutisme, pendant lequel on dut, plusieurs fois, la nourrir à la cuiller et au cours duquel la guérison revint insensiblement, tandis que les deux membres supérieurs gardaient une immobilité complète.

On pensa à une paralysie hystérique contre laquelle on employa la psychothérapie rééducatrice, qui amena une récupération immédiate et complète du fonctionnement des mains et des doigts, des épaules, de la pronation et de la supination, mais une récupération extrêmement incomplète de l'extension et de la flexion du coude. On procéda à une radiographie.

Celle-ci montra des deux côtés, à l'arrière des olécranes, de petites formations fibreuses à peine calcifiées. Et consécutivement, on appliqua un traitement radiothérapique dans l'espoir d'amener la résolution de ces formations, en même temps qu'on continuait, tout en la modérant, la rééducation motrice par des mouvements passifs et actifs de flexion et d'extension des avant-bras.

Le traitement radiothérapique finit après 10 séances en 35 jours, sans aucune amélioration. La mobilité des deux coudes reste limitée à une dizaine de degrés autour de l'angle droit. Et une radiographie récente a montré une augmentation et une ossification intense des masses rétro-olécraniennes qui ont chacune la dimension d'une amande.

Le cas de cette malade est intéressant moins au point de vue psychiatrique pur, le syndrome mental disparu ayant été banal, qu'au point de vue médico-neurologique, le syndrome d'invalidité physique qui persiste posant plusieurs problèmes.

C'est donc à ce syndrome d'invalidité physique des deux coudes à demi ankylosés en demi-flexion que nous limiterons notre discussion :

1° *Au point de vue clinique*, il s'agit d'une association hystéro-organique.

La part de l'hystérie se retrouve dans les caractères suivants du début : le caractère bilatéral et global de la paralysie qui immobilisait tous les segments des deux membres supérieurs ; la conservation des attitudes de flexion et d'extension dans lesquelles on mettait les segments de membre ; l'anesthésie globale des deux membres ; l'étiologie émotionnelle.

La part organique est fournie par les néoformations osseuses rétro-olécraniennes que montre la radiographie et qui limitent la pronation et la supination.

2° *Au point de vue pathogénique*, la question qui se pose est de savoir si cette succession d'une invalidité par ankylose osseuse à une simple inactivité par inertie ne réalise pas le passage du trouble fonctionnel au trouble lésionnel qui fut surtout, pendant la dernière guerre (1), l'objet de tant de discussions passionnées, discussions dont la plus récente est celle qui eut lieu en juillet 1937 devant notre Société, à la séance consacrée par elle à l'hystérie et à la schizophrénie. S'agit-il, par exemple, d'un de ces syndromes d'immobilisation que détermine l'application intempestive d'un plâtre sur une paralysie hystérique ? L'emprisonnement des membres par la camisole aurait joué le rôle constricteur du plâtre.

Beaucoup trop de facteurs entrent en jeu dans le cas de notre malade et les néoformations sont beaucoup trop intenses pour qu'on s'arrête à cette interprétation. La pathogénie, chez elle, est la résultante de l'action de tous ces facteurs étiologiques.

3° *Au point de vue étiologique*, il faut envisager à part l'élément organique et l'élément fonctionnel.

a) L'élément organique est constitué par les néoformations osseuses rétro-olécraniennes. Leur origine est-elle tuberculeuse ? On pourrait se le demander en songeant à la tuberculose des

(1) LAIGNEL-LAVASTINE et COURBON. — *Les accidentés de la guerre, leur esprit, leurs réactions, leur traitement*. 1 vol., Paris, Baillière, 1919.



parents de cette jeune fille. Nous ne le croyons pas, car les cavités articulaires sont intactes, il n'y a jamais eu de fièvre, l'état général est excellent, enfin la bilatéralité des lésions tuberculeuses ne se voit jamais.

L'origine traumatique est beaucoup plus probable. Les chutes théâtrales sur les deux coudes, les secousses rythmées des deux coudes sur les bords du sommier pendant les crises d'agitation, alors que la camisole immobilisait la malade, furent d'assez violents traumatismes pour provoquer de menues hémorragies péri-articulaires. Mais de tels traumatismes sont fréquents dans les asiles et ils n'ont pas de telles conséquences. C'est donc qu'un autre facteur a favorisé l'action traumatisante.

Ce facteur ne serait-il pas l'adolescence, qui conserva aux épiphyses de cette jeune fille de 18 ans, leur pouvoir ostéogénique ?

Au total, la cause des troubles organiques du syndrome est la réaction d'épiphyses encore en période de croissance, sous l'excitation des traumatismes répétés d'un accès d'agitation délirante. Ces troubles auraient pu survenir chez n'importe quelle agitée adolescente, même exempte de toute hystérie.

Ces considérations nous paraissent fournir une explication suffisante des exostoses, sans qu'il y ait lieu de discuter les autres mécanismes de formations osseuses se produisant autour des articulations chez les personnes âgées, ni sans qu'il y ait lieu de retenir l'hypothèse d'une participation des agents thérapeutiques au processus d'aggravation, la rééducation provoquant de nouvelles hémorragies et les rayons X stimulant l'ostéogénèse.

b) Quant à l'élément fonctionnel du syndrome, il est constitué par la contracture intense qui, au début, immobilisait les deux membres et qui maintenant encore a tendance à se reproduire quand on commence les manœuvres de rééducation. La cause en est le tempérament hystérique de la malade, sa diathèse de contracture, aurait dit Charcot, son aptitude à garder les attitudes, aurait dit Sollier. Rappelons que la mère eut des crises d'hystérie convulsive et que le syndrome mental, pour lequel la malade fut internée, présentait ces caractères théâtraux et exagérateurs de l'hystérie, auxquels MM. Porot et Hesnard donnent le nom de caractères expressionnels.

4° *Au point de vue thérapeutique*, quelle conduite tenir ? La rééducation a donné tout ce qu'elle pouvait. La malade a recouvré l'usage de ses membres supérieurs, sauf aux coudes qui restent en demi-flexion, attitude qui ne peut être modifiée au-delà d'une quinzaine de degrés.

La mécanothérapie seule paraît devoir être impuissante tant que persisteront ces butées olécraniennes.

L'ionisation iodurée serait-elle efficace, alors que la radiothérapie a échoué ?

Ne vaudrait-il pas mieux tenter l'exérèse chirurgicale ? Si oui, il faudrait surveiller scrupuleusement la rééducation, pour prévenir toute contracture hystérique, contracture qui, en immobilisant le membre, favoriserait peut-être le processus ankyloxyant qui s'installe si facilement après les plaies articulaires.

M. TINEL. — Etant donné, d'une part, que la validité des membres supérieurs est complète, sauf en ce qui concerne la limitation de flexion et d'extension des avant-bras, d'autre part, qu'en dépit d'un traitement très rationnel, il y a eu aggravation, le plus sage me paraît être de laisser cette jeune fille, qui est intelligente et pleine de bonne volonté, récupérer, par la reprise de sa vie de ménagère, tout ce qu'il lui sera possible de récupérer.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Il est bien certain que la rééducation ne pourra rien contre les grosses exostoses que montrent les dernières radiographies. Tant qu'on ne les aura pas fait disparaître, aucun progrès de la motricité ne peut être obtenu.

M. TINEL. — Oui, mais on ne sait jamais quelles seront, sur de tels sujets, les conséquences d'une opération chirurgicale. Il faut les toucher le moins possible.

M. GUIRAUD. — Je demanderai aux auteurs la signification qu'ils donnent au mot hystérique en leur faisant remarquer que son emploi paraît bien démodé.

M. COURBON. — En faveur de l'abstention thérapeutique, du moins momentanée, à laquelle nous nous résolvons, on pourrait invoquer l'hypothèse du rôle actif de la radiothérapie elle-même dans l'aggravation.

Quand nous disons que cette jeune fille a eu une bouffée délirante hystérique, nous voulons indiquer le caractère exagérateur, théâtral, « expressionnel » de sa mimique et de ses gestes, caractère que l'on ne rencontre pas dans les bouffées délirantes polymorphes, ou agitations confusionnelles banales de la psychiatrie courante.

L'hystérie ne fut jamais démodée qu'en France. Mais elle y est redevenue à la mode depuis que le Congrès des Aliénistes et Neurologistes en fit l'objet d'un rapport à sa session de 1935, et

que notre Société, à l'occasion de l'Exposition internationale de 1937, lui consacra une séance solennelle à laquelle assistèrent des représentants de tous les pays du monde et dans laquelle des psychiatres de cinq nations différentes prirent la parole.

**Les effets de la vagotonine, en ingestion, dans la névrose d'angoisse (projections de films), par M. J. TINEL.**

Les résultats, assez variables du reste, obtenus par l'emploi de la vagotonine dans les divers états anxieux, ont déjà fait l'objet de plusieurs travaux, dont le plus important est, je crois, la thèse de M. Gardien-Jourdeuil (Lyon, 1935).

Si nous apportons ici, aujourd'hui, les résultats de notre expérience personnelle, c'est, d'une part, pour insister sur la notion nouvelle, très importante à notre avis, de *l'activité remarquable de la vagotonine par voie digestive*, ce qui facilite évidemment son usage, et supprime même la possibilité de certaines malaises consécutifs parfois à l'injection.

C'est aussi, d'autre part, parce qu'il nous paraît vraiment utile de préciser les indications très spéciales — et aussi les contre-indications non moins importantes — de cet agent thérapeutique remarquablement actif.

\*\*\*

Je n'ai pas à vous rappeler comment la vagotonine a été, par Santenaise et ses élèves, extraite des insulines incomplètement purifiées, et étudiée par eux dans toute une série de remarquables travaux physiologiques.

Il s'agit donc d'une *hormone pancréatique*, absolument différente de l'insuline, et remarquablement vagotonisante, à tel point que l'on peut la considérer comme un des facteurs principaux de l'entretien du tonus vagal.

C'est de sa présence que les divers extraits pancréatiques et les insulines incomplètement purifiées tirent leur action hypotensive et vagotonisante ; c'est sans doute aussi en raison de cette présence que certaines insulines présentent parfois aussi quelque activité par voie digestive.

En effet, contrairement à l'insuline purifiée, *la vagotonine conserve, en ingestion, à peu près toute son activité.*

C'est le premier fait sur lequel nous voulons insister :

Vous pouvez voir sur ces inscriptions graphiques que, absorbée

par voie digestive, à la dose, modérément forte, de 0,10 cgr. par exemple, la vagotonine provoque très nettement sur un sujet normal :

- un ralentissement modéré du pouls avec léger abaissement de la tension artérielle ;
- une exagération du freinage vagal orthostatique ;
- une exagération de l'arythmie vagale respiratoire ;
- une diminution notable du réflexe solaire ;
- une exaltation nette du R.O.C.

Cette activité par voie digestive nous paraît, à Santenoise et à moi, un fait de grande importance pratique.

Car, d'une part, elle rend évidemment plus facile l'emploi de cette substance chez nos malades. Et, d'autre part, l'absorption par voie digestive, bien qu'un peu moins active, présente l'avantage incontestable d'une action plus lente, plus douce, plus régulière et plus durable...

En injections sous-cutanées ou intra-musculaires, la vagotonine peut provoquer, en effet, chez des malades un peu sensibles, de petits malaises allant même parfois jusqu'à une sensation de défaillance sub-lipothymique assez désagréable — qui peut être interprétée sans doute comme une petite crise passagère d'hypoglycémie.

Elle peut donc, et avec beaucoup d'avantages, s'administrer par voie buccale, en simples comprimés, en dehors des repas, deux ou trois fois par jour, à des doses variant de 2 à 5 et même à 10 centigrammes.

\*  
\*\*

Le second point sur lequel je voudrais insister est celui des indications, à mon avis très spéciales, de la vagotonine.

Elle me paraît, en effet, le *médicament type*, pour ne pas dire essentiel, de la *névrose d'angoisse*, tandis qu'elle est au contraire *formellement contre-indiquée dans les états anxieux amphotoniques ou vagotoniques*, ainsi d'ailleurs, et pour d'autres raisons, dans la plupart des cas de psychose périodique.

Je m'excuse de ressusciter ici le terme ancien, mais vraiment excellent, de *névrose d'angoisse*, en l'opposant, d'une façon schématique, au terme d'*état anxieux vagotonique*. C'est le meilleur moyen d'accentuer davantage la distinction qui me paraît de plus en plus nécessaire entre ces deux formes de syndromes.

La *névrose d'angoisse*, c'est essentiellement ce que l'on désigne

souvent sous le nom d'*états hyperémotifs* ou d'*anxiété à type sympathicotonique*. C'est le syndrome, en majeure partie d'expression physique, où dominent les manifestations d'hypertonie sympathique : les battements de cœur, la tachycardie, l'élévation tensionnelle, les sueurs froides ou les bouffées congestives, les sensations de constriction thoracique, épigastrique ou pharyngée, les crises pseudo-angineuses, les crises lipothymiques, les crises même de vertige mental, etc., etc.

Dans ses formes pures, où prédominent nettement, et où même peuvent exister seuls, ces troubles d'allure plutôt névrosique que mentale, on peut observer parfois des paniques, des bouffées de peur à forme hyperémotive ; mais on n'observe pas, en somme, d'anxiété morale véritable.

La névrose d'angoisse s'oppose donc, presque trait pour trait, aux états anxieux de type mental où, dans les formes pures, nous voyons, au contraire, s'associer, aux idées mélancoliques et au syndrome dépressif, des troubles inverses du tonus végétatif : hypo-sympathiconie ou amphotonie, ou plus souvent encore vagotonie, avec ralentissement du pouls, baisse de tension et absence surtout de toute manifestation physique d'angoisse.

Cette distinction formelle entre la névrose d'angoisse et les états anxieux pourra sembler peut-être un peu schématique. Je sais bien qu'elle force un peu la note et ne se trouve en somme réalisée que dans les cas particulièrement purs.

Nous savons tous que, dans bien des cas, l'angoisse et l'anxiété peuvent se trouver associées ; nous avons tous vu même se succéder parfois, chez un même malade, des phases opposées d'angoisse sympathicotonique et d'anxiété vagotonique. Nous avons vu d'ailleurs l'un et l'autre état s'associer de façons diverses aux syndromes de dépression, d'agitation ou même de confusion mentale.

Cette distinction n'a pas davantage la prétention d'envisager la nature essentielle et fondamentale de la maladie. Car, sous l'angoisse comme sous l'anxiété, nous percevons certainement l'existence de causes plus profondes que le simple déséquilibre du tonus végétatif.

La notion d'hypertonie sympathique dans l'angoisse comme d'hypertonie vagale dans l'anxiété, ne correspond certainement qu'à une différence dans le mécanisme d'expression, sans atteindre la cause profonde de la maladie. Mais cette différence dans le mécanisme n'en conserve pas moins une valeur importante puisqu'elle comporte des conséquences thérapeutiques remarquablement précieuses.



C'est en effet sur le syndrome *angoisse*, angoisse hyperémotive, angoisse hypersympathicotonique, que porte presque exclusivement, à mon avis, l'effet de la vagotonine.

Elle n'est, certes pas, la seule médication de la névrose d'angoisse, et nous savons tous comment, en effet, ce syndrome est relativement accessible aux actions thérapeutiques. Nous connaissons tous l'action remarquable, dans ces cas, des barbituriques à petites doses répétées, des bromures et des autres sédatifs nerveux tels que le cratégus, la valériane, voire même l'ergotamine, l'hypophyse et l'hémato-éthyoïdine.

Nous savons de même combien cette efficacité du traitement dans la névrose d'angoisse contraste avec notre impuissance lamentable dans les véritables états anxieux.

Mais à ces médications déjà très précieuses, la vagotonine vient nous apporter un appoint très important.

Je n'ai pas l'intention de vous apporter ici des observations. Elles seraient banales et trop nombreuses. Je me contenterai de vous présenter les graphiques d'un cas typique de névrose d'angoisse où, sous l'influence de la vagotonine, associée d'ailleurs à de petites doses des sédatifs habituels, on voit, en quelques jours, disparaître toutes les manifestations objectives de l'hyper-sympathicotonie morbide.

Il est plus important de signaler que, dans les syndromes complexes, qui sont en somme le plus grand nombre, l'élément angoisse est à peu près le seul atteint par la vagotonine. Dans les névroses d'angoisse avec dépression nerveuse, par exemple, on voit bien l'angoisse disparaître, mais la dépression et l'asthénie persistent.

Et cette action de la vagotonine sur l'hyper-sympathicotonie et ses manifestations diverses est tellement nette que, dans bien des cas, elle peut véritablement servir de test permettant de reconnaître la nature du trouble observé et d'en analyser le mécanisme...

C'est ainsi, par exemple, que, traitant un certain nombre de grands obsédés, je m'attendais à voir s'atténuer, avec leur angoisse, les obsessions diverses qui les tourmentaient. L'échec complet du traitement m'a montré que, chez ces malades tout au moins, l'angoisse n'était vraisemblablement que le résultat et non pas la cause de l'obsession.

Par contre, deux de mes malades présentaient, au contraire, ces crises typiques et si pénibles de « vertige mental » où se produit tout à coup ce voile de la pensée, cette séparation d'avec le monde extérieur, cette sensation de devenir fou, qui provoque toujours

chez ces malades une panique terrible... Or, chez ces deux malades, atteints depuis plusieurs années de ces troubles jusqu'alors irréductibles, associés d'ailleurs à un profond état dépressif, j'ai eu la surprise de voir disparaître rapidement ces crises, dont le mécanisme hyper-sympathique m'a semblé ainsi démontré.

Si l'action de la vagotonine nous apparaît donc ainsi très précieuse, elle n'en est pas moins assez limitée, puisqu'elle ne paraît vraiment efficace que sur l'hypertonie sympathique et les diverses manifestations morbides qui en résultent. Remarquablement active lorsqu'il s'agit de rétablir le tonus vagal et de freiner par lui le sympathique déchaîné, elle m'a paru, jusqu'ici, inefficace dans la plupart des autres syndromes nerveux ou mentaux.

\*  
\*\*

Il fallait donc s'attendre à voir la vagotonine échouer dans le traitement des véritables états anxieux. C'est ce que j'ai pu constater plusieurs fois, en particulier dans les crises mélancoliques, en observant même souvent, avec l'exaltation du tonus vagal, une augmentation très nette de l'anxiété.

Elle semble d'ailleurs exagérer de même l'excitation des maniaques, et m'a paru sans effet sur les états confusionnels.

Mais il y a un cas encore où l'emploi de la vagotonine semble vraiment contre-indiqué, c'est dans toutes les formes de la *psychose périodique*. Cette contre-indication va de soi dans les formes anxieuses, maniaques ou confusionnelles ; mais il existe aussi des formes périodiques qui s'accompagnent de réactions d'angoisse, plus ou moins associées à d'autres manifestations nerveuses ou mentales. En raison de l'angoisse, l'action de la vagotonine paraît donc légitime ; mais voici alors ce qui se passe :

Pendant la phase active de la période morbide, la vagotonine réussit en effet assez bien à supprimer les angoisses et à rétablir le calme, encore que la dépression et l'anxiété subsistent, ou même parfois s'accroissent pour disparaître du reste à leur tour à la fin de la période... Mais si alors, en présence d'un petit état nerveux résiduel, on continue la vagotonine comme petite cure d'entretien, on peut faire réapparaître rapidement une nouvelle crise dépressive ou anxieuse.

C'est ce qui se passe également si, pour traiter par exemple les manifestations nerveuses prodromiques d'une crise d'excitation maniaque, on a recours à la vagotonine. On est presque sûr de voir éclater rapidement la crise qui s'annonçait.

Il y a dans ces faits la confirmation d'une véritable loi biologique, sur laquelle Santenoise et moi, avons autrefois insisté. C'est que toute élévation du tonus vagal rend le sujet ou l'animal plus sensible à toutes les actions toxiques et à leur fixation sur les centres nerveux, de même aussi qu'elle les sensibilise aux chocs anaphylactiques ou anaphylactoïdes susceptibles de provoquer des libérations toxiques.

Si nous trouvons donc, dans la vagotonine, un précieux moyen d'action sur la névrose d'angoisse et en général sur toutes les modalités de l'hypertonie sympathique morbide, il faut donc bien savoir que cette action favorable se limite à peu près exclusivement à cet ordre de faits, qui sont d'ailleurs innombrables. Il faut donc bien savoir quelles sont, à côté des indications thérapeutiques, les contre-indications non moins précises. C'est à cette seule condition que l'on pourra obtenir de la vagotonine les résultats vraiment remarquables qu'il nous a été donné d'observer.

M. D. SANTENOISE. — J'insiste sur l'intérêt de l'administration par voie buccale en rappelant les faits suivants :

Il est difficile de garder des animaux dépancréatisés plus de 5 à 6 mois en leur administrant de l'insuline très purifiée, ne contenant donc pas de vagotonine. Par contre, l'emploi d'insuline peu purifiée, ou l'adjonction à la cure insulinique de vagotonine permet des survies beaucoup plus considérables.

Tous les animaux dépancréatisés traités à l'insuline pure meurent rapidement et on constate à l'autopsie des lésions de dégénérescence et de surcharge graisseuse du foie, à l'inverse des animaux ayant reçu de la vagotonine. Dans le même ordre d'idées, on peut faire régresser la dégénérescence graisseuse en administrant de la vagotonine.

Les animaux traités par l'insuline pure présentent de gros troubles humoraux : anémie, hypochlorémie, etc. Les autres ont des humeurs normales.

Il semble que le foie emmagasine la vagotonine qu'il peut ensuite libérer sous des influences sympathiques.

La voie buccale s'accompagne d'une mise en réserve de la vagotonine dans le foie. J'ai la conviction que les hormones ont une spécificité animale, et même qu'elles sont spécifiques de chaque individu. C'est pourquoi un clivage est nécessaire pour libérer la partie active de la molécule qui sera ensuite réintégrée sous forme spécifique de l'individu considéré.

Toutes ces raisons militent en faveur de l'absorption buccale. L'action de la vagotonine est la suivante : elle diminue l'excita-

bilité sympathique et la susceptibilité aux substances sympathicomimétiques telles que l'adrénaline ; elle augmente la sensibilité aux substances sympathicolytiques telles que l'acétylcholine, et de même celle à l'histamine.

La vagotonine joue sur le mécanisme régulateur vago-sympathique. Aussi ne faut-il l'appliquer que dans les cas de perturbations de ce mécanisme.

En interrogeant le terrain et le milieu humoral, il semble qu'on puisse dégager ses indications : quand le réflexe oculocardiaque est diminué, quand le réflexe solaire est augmenté, quand il existe une baisse de sensibilité à l'acétylcholine et une hausse de sensibilité à l'adrénaline, quand on constate une anémie, une hypochlorémie légère, une augmentation de la tension de  $\text{CO}_2$  qui entraîne une légère acidose.

La vagotonine se présente sous plusieurs aspects selon son degré de pureté. L'unité de vagotonine, quantité nécessaire pour produire une action de 2 heures environ, peut correspondre à  $1/10^\circ$  de mgr. : c'est là le produit utilisé en pratique clinique. La dose totale est de 3 à 12 cgr. par jour. Au laboratoire, au contraire, et pour des expériences fines, on emploie une vagotonine très pure et qui reviendrait trop cher pour un usage courant, et pour laquelle  $1/200^\circ$  de mgr. représente l'unité.

**Réactions du système végétatif neuro-vasculaire au cours de l'évolution d'un délire hallucinatoire chronique et de deux cas de psychose maniaco-dépressive. — Influence des facteurs psychopathiques sur les traces sphymographiques et électrocardiographiques,** par M. P. CHATAGNON, M<sup>me</sup> Th. Brosse, M. P. SCHERRER et M<sup>lle</sup> C. CHATAGNON.

Le système végétatif neuro-vasculaire étant d'une sensibilité très grande, nous l'avons considéré comme un appareil enregistreur fidèle et délicat des perturbations de l'activité cérébrale pathologique. C'est pourquoi, dans une série d'études portant sur des syndromes mentaux divers, nous avons recueilli les images variées des tracés sphymographiques et électro-cardiographiques et cela, pour chaque sujet, sur un même film et dans des conditions d'expériences rigoureusement identiques.

Nous n'envisagerons aujourd'hui que les résultats concernant les modifications du système végétatif neuro-vasculaire survenant d'une façon spontanée chez le même sujet au cours des

différentes phases d'évolution de sa maladie. Afin de synthétiser les faits, nous prendrons trois exemples.

I. — Le premier est celui d'une femme de 67 ans, présentant un délire hallucinatoire chronique de persécution évoluant depuis cinq ans et se manifestant en des exacerbations explosives d'apparition et de durée variable et toujours en rapport avec une recrudescence de l'activité hallucinatoire. Elle n'a pas de lésion orificielle, et la tension artérielle est de : 25-14.

*Le 17 mars 1938* : malade en état de rémission incomplète mais de sédation partielle de l'activité délirante et hallucinatoire.

Les tracés pris dans ces conditions montrent :

Un sphygmogramme : à ondes pulsatiles régulières avec composantes très nettes tout au long du film.

Electrocardiogramme : les complexes sont normaux, les intervalles normaux, aplatissement de T en D III, le rythme est régulier à 84 à la minute.

*Le 8 avril 1938* : phase de grande activité délirante et hallucinatoire s'accompagnant de manifestations vaso-motrices de la face et ne cédant sous aucune sollicitation :

a) Sphygmogramme : on note une réaction d'hypertonie artérielle très nette : l'amplitude de l'onde s'accroît puis diminue considérablement, les ondes composantes sont très caractérisées dans les trois portions du film.

b) Electrocardiogramme : les caractères du tracé sont en tout comparables à ceux observés sur la courbe du 17 mars, à l'exception toutefois du rythme qui s'inscrit à 94 et 107 à la minute, marquant la tachycardie continue qui accompagne tout au long la poussée délirante et hallucinatoire.

Au total : Tachycardie continue déclenchée par l'activité hallucinatoire et délirante ne s'accompagnant pas de modifications sensibles des éléments de l'électrocardiogramme.

II. — Le deuxième exemple concerne une femme de 56 ans, présentant, depuis l'âge de 22 ans, des accès d'excitation maniaque alternant avec des périodes confusionnelles ou de dépression, sans lésion cardiaque orificielle à tension artérielle 19-10.

*Le 17 mars 1938* : phase de grande excitation psycho-motrice avec désordres de la pensée, illusions et hallucinations auditives et agitation motrice.

a) Sphygmogramme : l'onde pulsatile a peu d'amplitude, mais présente une réaction de type hypertonique, et des pauses traduisant l'arythmie extrasystolique que précise l'

b) Electrocardiogramme : arythmie extra-systolique. Les complexes,



de bas voltage, sont au nombre de 84 en D I ; de 94 en D II ; de 100 en D III, traduisant la diffusion émotionnelle de la malade qui peut être rangée dans la catégorie des neurotoniques.

*Le 22 mars 1938* : la phase de grande agitation psycho-motrice tourne court très brusquement et il lui succède un état de dépression avec inertie et mutisme.

a) Sphygmogramme : les pauses sont moins fréquentes que sur le tracé du 17 mars ; les caractères de l'onde pulsatile sont comparables.

b) Electrocardiogramme : l'arythmie extra-systolique est moins fréquente, le voltage plus élevé que sur le film du 17 mars, le rythme est plus régulier à 69 en D I, 72 en D II et 84 en D III.

*Le 29 mars 1938* : la malade est en état de dépression profonde avec confusion mentale.

a) Sphygmogramme : l'onde pulsatile est plus arrondie que sur les deux films précédents. Les pauses sont rares.

b) Electrocardiogramme : arythmie extrasystolique rare. En D II, ondes U. Rythme de 66 à la minute. Voltage normal.

**Conclusion** : Nous observons donc une augmentation de l'arythmie durant les phases d'excitation avec tachycardie oscillant de 84 à 100. De plus, une régularisation du rythme entre 69 et 84, ainsi qu'une diminution marquée dans la fréquence des extra-systoles, pendant les phases de dépression et enfin un ralentissement net du pouls avec diminution de fréquence des extra-systoles lors de la période confusionnelle. Action frénatrice incontestable sur l'arythmie des états inhibitifs de la dépression et des périodes de confusion.

III. — Le troisième exemple concerne Mlle B... Marie, 42 ans, atteinte de psychose maniaco-dépressive, sans affection cardiaque, ayant une tension artérielle 12-9, et présentant une atteinte pulmonaire tuberculeuse discrète.

*Examen du 6 avril 1938* : la malade est en état de dépression avec mutisme et apparence de prostration.

Un premier film est pris dans ces conditions :

a) Sphygmogramme : présente une onde d'une ampleur à peu près constante sur tout le tracé.

b) L'électrocardiogramme ne décèle aucune anomalie, mais accuse l'hypertonie musculaire.

Le pouls bat régulièrement à 69.

Soudainement, à la fin de l'examen, la malade extériorise une bouffée délirante à thème érotomaniacal d'une extrême intensité : un deuxième film est pris (toutes conditions d'examen restant rigoureusement les mêmes) et l'on constate :

Une légère augmentation du rythme cardiaque à 72.

- a) Sur le sphygmogramme : une réaction très nette de type hypertonique (onde pulsatile moins ample, mais de même profil).  
b) Sur l'électrocardiogramme : nulle modification sensible.

Au total : Sous l'influence de l'activité délirante, nous notons :

1° Une accélération légère du rythme cardiaque (de 69 à 72) contrastant avec l'amplitude plus grande de la tachycardie du cas précédent (rythme allant de 84 à 107),

et 2° une réaction d'hypertonie artérielle très nette. Les symptômes sont comparables à ceux signalés dans le cas précédent (il y manque toutefois l'arythmie), mais les symptômes sont d'intensité bien moins considérable.

Sur trois cas, pris parmi nos nombreuses observations représentant : Le premier : le groupe des délires chroniques hallucinatoires ; les deux autres : la famille de la psychose maniaco-dépressive, a) au cours des phases d'excitation maniaque, de dépression mélancolique et de confusion mentale, b) au cours d'un même état de dépression prostration, en une explosion de bouffée délirante érotomaniaque ;

Nous objectivons les réactions organo-végétatives cardio-vasculaires suivantes produites sous l'influence de l'activité délirante ou hallucinatoire.

1° Réaction tachycardique constante, mais d'intensité variable, selon le sujet, selon sa « neurotonie », et aussi selon le degré d'activité du trouble psycho-sensoriel.

2° Modification de la fréquence de l'arythmie extra-systolique suivant l'état psycho-organique du sujet : celle-ci diminuant considérablement de fréquence dans les états de dépression et surtout de confusion.

3° Réactions d'hypertonie artérielle.

Nous confirmons et nous complétons, par l'inscription de nos sphygmo et électrocardiogrammes, les données que nous fournissent l'étude clinique, à savoir : que l'activité psychopathologique retentit selon son intensité et ses caractères propres sur le rythme, d'une part, sur le fonctionnement cardiaque, d'autre part. Ces expériences viennent compléter les premiers travaux de Ch. Laubry et Th. Brosse sur l'interférence de l'activité corticale sur le système végétatif neuro-vasculaire. Les trois exemples que nous rapportons dépassent évidemment le cadre d'une action uniquement corticale, puisque nous avons affaire à des psychoses complexes dont le mécanisme intéresse le fonc-

tionnement du cerveau tout entier, mais cela ne fait qu'accroître l'intérêt de ces recherches en élargissant les données du problème.

M. H. BARUK. — L'exposé de M. Chatagnou m'a d'autant plus vivement intéressé que, depuis plus de deux ans, je poursuis avec mon ami, le D<sup>r</sup> Racine, l'étude de ces corrélations psycho-vasculaires et psycho-cardiaques dans les maladies mentales.

Nous avons pu observer plusieurs fois, au cours de psychoses périodiques ou d'accès psychopathiques divers, une modification du rythme du pouls, de sa régularité, ou de l'indice oscillométrique disparaissant totalement après la guérison de l'accès mental. Nous avons reproduit dans notre livre des courbes typiques à ce sujet.

D'un autre côté, nous avons, avec Racine, constaté, au cours de certains accidents pithiatiques (1), l'existence d'une tachycardie enregistrée à l'électrocardiogramme et disparaissant après la guérison de l'accès, notamment après traitement par le scopochloralose.

Mais plus curieuses encore sont les modifications, non plus seulement du rythme, ou de la fréquence, mais de la *forme du complexe électrocardiographique*. On admet généralement que celle-ci, en dehors des maladies du cœur, reste rigoureusement fixe chez le même sujet et qu'elle échappe aux modifications physiologiques diverses. C'est pourquoi, dans certains pays, on utilise le tracé électrocardiographique comme test d'identité au même titre que les empreintes digitales.

Or, avec Racine, nous avons vu que, au cours de l'accès catatonique, ce complexe peut se modifier, avec exagération du soulèvement T (2). Celui-ci revient à la normale après guérison de l'accès. Il en est de même expérimentalement, comme nous l'avons montré chez le chien et chez le singe. Au moment où la catatonie bulbo-capnique apparaît, le complexe électrocardiographique se modifie exactement dans le même sens que dans la catatonie humaine. Le soulèvement T s'amplifie.

Nous avons montré également, avec M. Racine et M. Delaville, que l'insuline à petites doses réduit cette modification du soulè-

(1) H. BARUK et RACINE. — Tachycardie au cours de trois cas d'accidents pithiatiques. Disparition concomitante des troubles cardio-vasculaires et l'accident pithiatique par le scopochloralose. Etude électro-cardiographique. *Soc. de Neurol.*, n° 1, janvier 1938.

(2) BARUK et RACINE. — L'électrocardiographie dans la catatonie humaine et dans la catatonie expérimentale chez le singe. *Revue Neurol.*, n° 6, déc. 1937.

vement T aussi bien au cours de la catatonie humaine que de la catatonie expérimentale chez l'animal (1). Il peut donc exister des perturbations parallèles de l'activité psychique et de l'activité, et du fonctionnement cardiaques. Ajoutons, qu'étant donné sa fixité, l'étude des modifications du complexe électrocardiographique a une grande valeur, et que ce complexe ne peut, en aucune façon, être modifié par la volonté, comme nous avons pu le vérifier encore avec Racine dans des expériences récentes.

M. GUIRAUD. — C'est moins l'influence du psychisme des catatoniques que l'état particulier de la conductibilité neuromusculaire de leur organisme qui conditionne l'altération du tracé électrocardiographique de ces malades.

M. VIÉ. — Ce que vient de dire M. Guiraud est exactement ce que j'avais en vue, lorsqu'en exposant ma conception de la catatonie à une précédente séance, je voyais, dans cette maladie, la diffusion du même trouble de la musculature dans tous ses domaines : strié, volontaire et viscéral.

M. CHATAGNON. — Je m'associe pleinement aux idées exposées par M. H. Baruk. J'ai observé également, depuis les derniers mois de 1937 (date à laquelle j'ai pu me procurer un électrocardiographie), des modifications de l'électrocardiogramme chez les catatoniques. Ces modifications sont du reste peu importantes, elles s'observent chez le même sujet lors d'examens successifs, mais il m'apparaît qu'il convient d'être très prudent dans l'interprétation de ces faits, l'état physio ou physio-pathologique du sujet variant d'un examen à un autre.

**Forme psychique d'une endocardite végétante à évolution lente**, par M. P. CHATAGNON, M<sup>me</sup> Th. Brosse, M. P. Scherrer et M<sup>lle</sup> C. Chatagnon.

Les formes psychiques des endocardites végétantes à évolution lente isolées par Debré en 1919 à propos des cas de C.-K. Austin et de Dénéchau et Picard, ne sont pas très fréquentes, mentionnons ceux de Winkelman et Eckel rapportant l'observation d'une femme de 34 ans présentant un état de confusion mentale onirique ; de Lemierre et Augier celui d'un homme

(1) BARUK, RACINE et DELAVILLE. — Action électrocardiopathique et neurovégétative de l'insulinothérapie dans la catatonie expérimentale bulbo-capnique et dans la catatonie humaine. *Rev. Neurol.*, n° 6, juin 1938.

de 51 ans, porteur de tous les signes classiques des endocardites lentes et dont les symptômes mentaux sont faits de troubles mnésiques, d'euphorie, de puérilité ; enfin celui de D. Show et S. Land rapportant l'histoire d'une femme de 28 ans atteinte d'endocardite infectieuse associée à un état confusionnel avec alternatives d'excitation et d'abattement.

Sous une apparente simplicité de présentation clinique, l'observation que nous vous rapportons montre toute la complexité des phénomènes de la vie.

Mme Ba... Angèle, née en avril 1878 dans l'Aube, a été élevée dans sa famille, en compagnie d'une sœur et de deux frères, fréquentant très irrégulièrement l'école par paresse, ses acquisitions didactiques sont rudimentaires, elle sait cependant lire, écrire et compter, mais n'obtient aucun diplôme en raison de sa difficulté d'application au travail ; et puis, n'avait-elle pas en elle des dons particuliers qui valaient plus que tout enseignement ? C'est ce que nous allons voir.

La débilité mentale, patente dès l'enfance, se traduit essentiellement par une suggestibilité, une approbativité, une crédulité très grandes, les propos sont puérils, tout événement s'entoure de mystère, la satisfaction de soi est immense : Mme Ba... pense avoir un don personnel de puissance et d'action ; elle devient cartomancienne prédisant et dictant l'avenir. Cette puérilité naïve et entêtée qui constitue le fonds de la nature mentale de Mme Ba..., nous la retrouverons ultérieurement dans les caractères de son délire. Ajoutons pour compléter le tableau de fonds une vive sensualité avec sensiblerie.

Elle se marie une première fois, vers 20 ans, avec M. S..., lequel divorce quatorze ans plus tard en 1912, vraisemblablement en raison des écarts de l'humeur et du caractère entier, autoritaire et violent, de sa femme, laquelle se livrait, avec une amie, de plus en plus à la cartomancie.

Elle se remarie en 1913 avec M. B..., fait bon ménage, s'occupant uniquement de son intérieur jusque vers septembre 1936, période du début des troubles qui auraient été « très longs à se déclarer » commençant par de la méchanceté à l'égard de son mari. Après les critiques, les menaces, puis les coups ; « elle envoie la vaisselle à la figure de son mari et lui jette un verre qui lui sectionne l'arcade sourcilière ». Inaccessible au raisonnement, et la frayeur aidant, le mari quitte, durant quatre mois, le domicile conjugal.

Seule, vivant en compagnie de trois chats, elle fait une tentative de suicide en absorbant de vieilles pilules de strychnine qu'elle possédait depuis longtemps, mais ses chats, dit-elle, la ranimèrent !

Les voisins, apeurés par les propos de Mme Ba..., rappellent son mari : elle est heureuse de le recevoir, c'est lui qui conduira sa femme à l'Hôpital où elle nous arrive.

Nous constatons des phénomènes d'automatisme mental avec sensa-



tion de possession de ses pensées par ses voisins, qui voyaient tout ce qui se passait chez elle à l'aide de la télévision. Nous constatons en outre du mentisme : « Je lis... eh bien, ma pensée est ailleurs... j'aime pas causer, quand je cause, je parle, je pense de trop... ».

Pour lutter contre « le mal qu'elle voit partout » et qui l'envahit, Mme Ba... boit régulièrement du pernod, puis plus tard un litre de rhum tous les cinq jours, en même temps qu'elle fume deux paquets de tabac bleu par semaine. Le délire de persécution et de jalousie va se teinter d'un onirisme coloré :

« Elle voyait des personnes qui venaient pour la tuer, la déboyaüter, lui donner des coups... » Percevait des voix injurieuses et menaçantes et passait des journées entières fixant le pavillon de son appareil de T.S.F. La nuit avait des cauchemars atroces s'accompagnant d'anxiété vive et de crainte de la mort : « toutes les nuits l'hiver, j'ouvrais ma porte, je disais : entrez, je ne crains pas les revolvers ».

Les interprétations sont constantes, elles donnent un sens aux hallucinations-illusions : ses persécuteurs lui parlent par la voix des ondes ; un jour où elle cuisait trois harengs, ils lui disent en « rigolant : Oh ! trois harengs, il y en a un pour moi... Oui, que je leur ai dit, venez donc... C'est la Maison du Peuple un peu plus bas que chez moi qui faisait tout ça... Ils m'envoyaient des poudres, de la neige blanche et noire, ça faisait des taches noires, vertes et jaunes sur l'oreiller... ».

Elle recevait comme des coups de poignards ou des élancements dans le corps et puis ils faisaient aussi des attouchements, « il n'y a pas de traces, mais ça donne la même sensation ; moi, je leur rends aussi... » On retrouve là, dans la traduction de la réaction de défense au trouble cénesthésique et aux idées délirantes, le pouvoir d'action extérieure que possède Mme Ba... dès son adolescence :

« ...moi je leur rends aussi : partout où l'on se touche, ça leur fait (la même chose), soit à la tête, au corps ou aux membres. On prend un couteau, on pense à la figure de la personne, on lance le couteau et ils sentent l'attouchement ».

Outre les hallucinations génitales dont elle se protégeait en se plaçant dans un lit-cage tout en fer, on note quelques vagues troubles sensoriels gustatifs et olfactifs.

*Examen physique.* — Obésité.

Système nerveux : rien d'anormal à signaler. Babinski en flexion.

Organes des sens : Œil : strabisme interne (binoculaire). Pupilles égales. Réflexes à la lumière et à l'accommodation : normaux. Ouïe : surdité bilatérale (otosclérose).

Tube digestif : état saburral de la langue. Constipation.

Foie : le bord inférieur est dur et nettement perçu le long du rebord costal, mais l'aire de percussion n'est pas augmentée.

Rate : non palpable. Aire de percussion normale.

Appareil respiratoire : respiration courte. Anhélation fréquente. Cri-

ses dyspnéiques de type asthmatiforme. Rudesse respiratoire plus marquée aux hiles pulmonaires. Pas de bruits surajoutés.

Cœur et vaisseaux : pouls 82, régulier, bien frappé. Tension artérielle : 18-9 1/2. Le siège de la pointe est impossible à préciser en raison de l'obésité. Augmentation de l'aire de matité précordiale. Souffle systolique perçu à la région mésocardiaque, mais plus intense à la pointe, rude, piaulant, se propageant un peu vers l'aisselle. Ce souffle conserve ses caractères d'un jour à l'autre.

*Examens de laboratoire.* — Urines : diurèse normale : alb. 0. Sucres réducteurs : 0. Acétone : 0.

Sang : Urée 0 gr. 30 p. 1.000, 0,42 p. 1.000, 0,38 p. 1.000. Bordet-Wassermann et Kahn : négatives. Formules leucocytaires normales. Il n'est pas pratiqué d'hémoculture.

Courbe de poids : oscille autour de 72 kgs avec chutes de poids à 67 et 66 kgs en juillet et décembre 1937, en raison de l'exacerbation du délire et des troubles psycho-sensoriels entraînant une limitation de l'alimentation. Chute progressive d'août à octobre 1938 pour les mêmes raisons et l'aggravation des signes cardiaques.

Examen radioscopique : gros cœur gauche, avec saillie de l'oreillette droite.

Radiographie impossible à prendre (en raison de l'opposition et de l'agitation de la malade).

Electrocardiogramme : 11 oct. 1938 : arythmie complète. Absence de l'onde P ; ondes anisochrones et d'amplitude différente surtout en DII.

24 oct. 1938 : arythmie complète. Mêmes caractères du tracé. Inégalité du rythme et de l'amplitude des complexes.

Examen du liquide pleural : liquide séro-fibrineux.

Cyto-diagnostic : 82 p. 100 lymphocytes ; 17 mononucléaires ; très rares polynucléaires et cellules endothéliales ; 1 p. 100 de globules rouges. Conclusion : lymphocytose prédominante avec quelques cellules endothéliales.

Tel est l'ensemble symptomatique que nous constatons lors de l'entrée de la malade à Maison-Blanche.

Le délire de persécution quoique systématisé à des commandes multiples : c'est d'abord une bande qui sévit dans son quartier dans la Maison du Peuple, puis les cartomanciennes, ses concurrentes, et enfin son premier mari S... « qui l'a fait venir ici pour lui montrer comment c'était ».

Mais, fait intéressant : les sensations anormales perçues comme des coups de poignards, des élançements douloureux dans le thorax, l'abdomen, la face ou les membres sont intégrées dans le délire et interprétées comme les actions à distance, pouvoir merveilleux de la cartomancie.

Il nous a été donné d'assister à l'évolution des troubles du 1<sup>er</sup> mai 1937 au 29 octobre 1938 : date du décès.

Rappelons que Mme Ba..., durant l'été 1936, alors qu'elle « était à

sa fenêtre accoudée, en plein soleil, se sent brusquement engourdie dans le bras gauche, elle se lève, va prendre du café et du rhum et ça lui passe... C'est S... (son premier mari) qui lui fait cela, je l'ai entendu parler en même temps... ».

De fait, elle accuse à son entrée un peu de difficulté à l'action dans la jambe et le bras... C'est qu'on lui fait des maléfices. (Nous allons voir à quoi étaient dues en réalité ces manifestations).

*Evolution.* — Le délire conserve ses caractères. L'onirisme disparaît avec le sevrage absolu d'alcool, en même temps qu'affleure le fonds mental spécial de débilité euphorique et de sensualité paresseuse de Mnie Ba... Cependant l'irritabilité et l'impulsivité sont aisément déclanchées pour la cause la plus futile allant jusqu'aux voies de fait, coups de poings, strangulation. Les réactions dépressives et anxieuses sont moins intenses et les idées de suicide très espacées ne se manifestant que lorsque les sensations de fluides ou de chocs ou d'attouchements sont trop continues.

Brusquement le 13 juillet 1937, la malade, à la suite d'un ictus, s'effondre, aussitôt après un bain. La perte de connaissance dure quelques secondes. Ba... accuse de l'engourdissement du membre supérieur gauche. Il n'y a pas de modification des indices oscillométriques par rapport au membre supérieur droit, non plus que de la tension artérielle, par contre les réflexes tricipital et cubital sont plus vifs qu'à droite. Le réflexe cutané plantaire s'effectue en flexion des deux côtés. Il y a une parésie du VII gauche. Le dynamomètre donne 64 à gauche contre 98 à droite. Les troubles mentaux ne se modifient pas. L'évolution se fait sans fièvre. Histoire sans lendemain.

Le 7 octobre 1938 : une poussée active, du délire avec agitation motrice et turbulence continue, accompagnent ce que nous prenons pour une défaillance du cœur gauche avec emphysème pulmonaire et dyspnée cardiaque :

Ba..., les lèvres cyanosées, les extrémités bleuies, est assise dans son lit, en proie à une agitation continue, très anhéante, la dyspnée est surtout expiratoire mais ne s'accompagne pas d'expectoration. Le cœur bat tumultueusement à 120 à la minute. Le souffle systolique à la pointe conserve les mêmes caractères. Le thorax est sonore sur toute la plage pulmonaire.

La respiration est soufflante aux hiles avec une rudesse du murmure vésiculaire sans signes surajoutés. L'expiration est prolongée. Le murmure vésiculaire est perçu jusqu'aux bases.

Le 8 octobre 1938 : mêmes signes physiques, mais en plus : insomnie et interprétations délirantes des sensations perçues : on lui met un soufflet qui l'empêche de respirer ; elle souffre du côté droit : c'est la surveillante qui lui a donné un coup. Tout cela c'est « des maléfices indiens et de la bouzille... ».

Le 9 octobre : diminution des vibrations et légère submatité à la base gauche avec atténuation du murmure vésiculaire, mais il n'y a ni

souffle ni pectoriloquie aphone. Signes cardiaques sans changement. Le pouls bat à 90 à la minute.

Le 11 octobre : vingt-quatre heures de train de fièvre à 38. Dyspnée asthmatiforme.

Râles bronchiques diffus sur fonds d'emphysème pulmonaire.

Epanchement citrin de la grande cavité gauche, s'étendant sur quatre travers de doigt au niveau de la ligne axillaire.

Il n'y a pas d'assourdissement des bruits du cœur et le souffle systolique conserve les mêmes caractères.

Les 13 et 14 octobre : apyrexie. Amélioration et sédation de la dyspnée et de la cyanose sous l'influence de la thérapeutique : malade traitée comme une dyspnée cardiaque (ponction pleurale et tonocardiaques). Le délire est calme et euphorique.

Au niveau du cœur : bruits bien frappés à 82. Souffle sans changement. Pas de signes d'épanchement péricardique.

Plèvre : l'épanchement s'est en partie résorbé mais persiste.

L'amélioration est de peu de durée, l'évolution se fait progressivement dans un tableau de dyspnée asthmatiforme avec cyanose précédant le coma et l'exitus a lieu le 29 octobre 1938.

*Résumé.* — Chez une femme, débile mentale, dont une sœur atteinte également de troubles mentaux, décède à 45 ans, et dont deux frères sont atteints de surdité, l'un ayant en outre une cécité totale, nous observons :

Des troubles de l'humeur et du caractère, celui-ci est autoritaire, impulsif, jaloux, teinté d'érotisme. Un comportement capricieux « de cartomancienne ».

Auxquels succèdent, en 1936, concomitamment ou peu de temps après que Mme Ba... eût accusé des symptômes d'hémi-parésie gauche, des phénomènes d'automatisme mental avec syndrome d'influence précédant l'éclosion d'un délire de persécution avec hallucinations, illusions et interprétations. Les caractères du délire le situent dans le cadre du fonds de débilité constitutionnelle sur lequel il évolue : Il est, en effet, relativement fixe et pauvre, s'étendant peu, il est fait surtout d'idées de possession, d'hypnotisme, de « petites vacheries », de sorts et d'actions à distance, etc., et bien que Mme Ba... eût demandé *in extremis* le secours de sa religion, le délire n'a jamais revêtu d'allure mystique.

Le délire s'exacerbe avec la défaillance cardiaque qui emporte la malade dans le tableau apyrétique d'une insuffisance ventriculaire, avec asthme cardiaque.

L'examen anatomique allait-il nous permettre de mieux comprendre l'évolution clinique de ce cas ?

*Conclusions de l'examen anatomique.* — Hypertrophie du cœur. Endocardite végétante. Cancer primitif du poumon, à localisation médiastino et pleuro-pulmonaire, compliqué d'épanchement de la grande cavité pleurale gauche, et de métastases viscérales : surtout au niveau des glandes surrénales et du corps thyroïde. Athérome des gros troncs artériels et des vaisseaux de l'encéphale.

Ce délire hallucinatoire, associé lors d'une phase de son évolution à des signes d'intoxication éthylique, évolue selon les caractéristiques du fonds de débilité mentale constitutionnelle qui lui sert de substratum psychologique, mais il semble se déclancher en même temps, ou peu de temps après qu'apparaissent les épisodes d'hémi-parésie gauche transitoire, ainsi que les sensations douloureuses de coups de poignards, de coups de pointes dans les diverses régions du corps, mais surtout dans le thorax, la région rénale, l'abdomen et les membres, qui semblent signer l'existence de processus emboliques ou thrombotiques que l'examen anatomique nous révélera être liés à une endocardite végétante d'évolution lente.

Sur plus de cinq cents autopsies de malades mentaux, pratiquées par l'un de nous, nous n'avons relevé que deux cas d'endocardite végétante d'évolution lente. De telles localisations endocarditiques sont donc assez rares dans nos hôpitaux psychiatriques. Nous n'osons affirmer que le processus d'inflammation de l'endocarde détermine à lui seul le délire hallucinatoire observé, d'autant que ce délire eût fort bien pu se développer, sans l'endocardite, sur ce terrain héréditairement grevé, cependant si l'endocardite végétante ne le conditionne pas en totalité, il l'aggrave certainement : par les troubles circulatoires qui retentissent sur l'encéphale dont les vaisseaux sont athéromateux, par les embolies ou les thromboses qu'elle réalise.

Autre hypothèse qui pourrait être soutenue : celle de la simple coïncidence : l'endocardite étant secondaire au cancer du poumon que présentait la malade, bien que celui-ci ne fût ni ulcéré, ni infecté. Nous ne nous y attacherons pas, étant donné que l'apparition du délire suivait de peu les premiers phénomènes d'hémi-parésie, révélant eux-mêmes le début des accidents emboliques et, par conséquent, apparaissant après le développement de l'inflammation endocarditique.

Enfin, soulignons cette particularité intéressante et d'actualité (par sa fréquence), qui nous a été dénoncée par l'examen nécropsique : l'évolution de ce cancer du poumon, à multiples métastases, ne se traduisant que par un minimum de symptômes : essentiel-



lement par un pseudo-asthme, sans expectoration, que nous mettions au compte de l'insuffisance cardiaque.

Comme dans le cas de Lemierre et Augier, les petits malaises, les hémiparésies ont été des symptômes fugaces et seuls ont persisté les troubles psychique, sans aucune tendance à la régression. Aussi nous croyons-nous autorisés à présenter notre observation comme celle d'une forme psychique d'endocardite végétante à évolution lente.

#### BIBLIOGRAPHIE

- DEBRÉ. — *Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris*, 30 nov. 1917, 15 fév. 1918 ; *Presse Médicale*, 8 nov. 1917, 17 déc. 1917 ; *Revue de Médecine*, avril-mai-juin-sept.-oct. 1919.
- DENECHAU et PICARD. — Un cas d'endocardite maligne à évolution lente. *Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris*, 30 nov. 1917.
- WINKELMAN et ECKEL. — Le cerveau dans l'endocardite infectieuse. *Archives of Neurology and Psychiatry*, juin 1930.
- LEMIERRE et AUGIER. — Endocardite lente à forme psychique. *Gazette des Hôpitaux*, 9 mars 1932.
- SHAW (D.) et LAND. — Un état confusionnel associé à une endocardite infectieuse. *The Journal of Mental Science*, 1935, n° 81.
- ROGER et ANTONIN. — Parésies transitoires récidivantes avec périodes fébriles par endocardite maligne prolongée. Hystérie associée. *Comité Médical des Bouches-du-Rhône*, 22 fév. 1924.
- VIDAL. — Contribution à l'étude des formes nerveuses de l'endocardite maligne lente. *Thèse*, Montpellier, 1925-26.
- KUTPERS (F.). — Contribution à l'étude clinique de la forme cérébrale de l'endocardite maligne lente. *Thèse*, Paris, 1937.

La séance est levée à 11 heures 45.

*Le secrétaire des séances,*

Paul CARRETTE.

Séance du Lundi 27 Février 1939

---

**Présidence : M. LAIGNEL-LAVASTINE, président**  
**et M. Paul GUIRAUD, vice-président**

---

En ouvrant la séance, le Président souhaite la bienvenue à MM. les Docteurs BERSOT, du Landeron, FOREL, de Genève, et HANSEN, d'Ettelbrück, *membres associés étrangers*, qui assistent à la séance.

### **Adoption du procès-verbal**

Le procès-verbal de la séance du 12 janvier et le procès-verbal de la séance du 23 janvier 1939 sont adoptés.

### **Correspondance**

M. Paul COURBON, *Secrétaire général*. — La correspondance manuscrite comprend :

des lettres de MM. les Docteurs Charles BARDENAT, chef de clinique psychiatrique à la Faculté de médecine d'Alger, médecin des hôpitaux psychiatriques ; Jean FORTINEAU, ancien chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris, et Marcel ROUGEAN, médecin de l'hôpital psychiatrique de Rodez, qui demandent à faire partie de la Société au titre de *membre correspondant national* ; la Société désigne une Commission composée de MM. COLLET, COURBON et POROT pour l'examen de ces candidatures : le vote aura lieu à la séance du lundi 27 mars 1939.

### **Vacance d'une place de membre titulaire**

Une place de membre titulaire est déclarée vacante. Les candidatures accompagnées d'un exposé de titres et travaux devront être adressées au secrétaire général, avant le lundi 27 mars, date à laquelle sera constituée la Commission chargée de les examiner. L'élection aura lieu à la séance du lundi 24 avril.

### Ordre du jour de la séance du lundi 22 mai 1939

Conformément au vœu exprimé par la Société lors de la séance du 23 janvier 1939, la séance du lundi 22 mai 1939 sera consacrée à l'étude des thérapeutiques par le coma insulinaire et par le cardiazol. Le D<sup>r</sup> Paul ABÉLY a bien voulu accepter de rédiger, pour servir de canevas à la discussion, un court rapport qui paraîtra dans les *Annales médico-psychologiques*.

En conséquence, toutes les communications ayant pour objet ces thérapeutiques sont renvoyées à cette séance.

#### Election d'un membre titulaire non résidant

Après lecture d'un rapport de M. CHATAGNON, au nom d'une Commission composée de MM. CHATAGNON, DANJEAN, HALBERSTADT, HARTENBERG et VIEUX, il est procédé au vote :

Nombre de votants .....	24
Majorité absolue .....	13

A obtenu :

M. Henri ROGER .....	24 voix.
----------------------	----------

M. le D<sup>r</sup> Henri ROGER, professeur de clinique neurologique à la Faculté de médecine de Marseille, est élu *membre titulaire non résidant* de la Société médico-psychologique.

#### Election de trois membres titulaires résidents

Après lecture d'un rapport de M. BROUSSEAU, au nom d'une Commission composée de MM. BOREL, BROUSSEAU, DUPOUY, GUICHARD et MIGNOT, il est procédé au vote :

Nombre de votants .....	22
Majorité absolue .....	12

Ont obtenu :

MM. BEAUSSART .....	22 voix.
GAUTHIER .....	22 —
LE SAVOUREUX .....	19 —

MM. les Docteurs BEAUSSART, médecin-chef de l'hôpital psychiatrique de Villejuif ; GAUTHIER, professeur agrégé au Val-de-Grâce ; LE SAVOUREUX, médecin-directeur de la maison de santé de la Vallée-aux-Loups, sont élus *membres titulaires résidents* de la Société médico-psychologique.

## Election de trois membres correspondants nationaux

Après lecture d'un rapport de M. VIÉ, au nom d'une Commission composée de MM. H. BARUK, COURBON et VIÉ, il est procédé au vote :

Nombre de votants .....	22
Majorité absolue .....	11

Ont obtenu :

MM. Joseph ALLIEZ .....	22 voix.
Jean DELAY .....	22 —
Pierre ROYER .....	22 —

MM. les Docteurs Joseph ALLIEZ, chargé de cours à la Faculté de médecine de Marseille ; Jean DELAY, médecin des hôpitaux de Paris ; Pierre ROYER, médecin de l'hôpital psychiatrique de Privas, sont élus *membres correspondants nationaux* de la Société médico-psychologique.

## Décès du Professeur Charles Blondel

CHARLES BLONDEL (1876-1939)

M. LAIGNEL-LAVASTINE, *Président*. — Mes chers collègues,

C'est avec une profonde tristesse que j'annonce la mort de notre collègue et ami, le Professeur Charles Blondel. Au cours d'une crise d'anurie post-opératoire, il a succombé le 19 février dans les bras de notre ami Paul Courbon.

Ancien élève de l'Ecole Normale Supérieure, Blondel, qui fut médecin pour mieux pénétrer la psychologie, passa sa thèse en 1906 sur les *auto-mutilateurs*.

Il se révéla dans sa thèse célèbre de doctorat ès-lettres : la *Conscience morbide*. Comme le dit très finement notre ancien Président Georges Dumas, « il y préconise, pour pénétrer dans la conscience de certains aliénés qui font de l'angoisse morbide, une méthode qui diffère de la méthode courante par ce fait qu'elle ne suppose pas l'identité foncière, si souvent proclamée, du pathologique et du normal et la possibilité d'interpréter le premier par le second. Il y a de l'ineffable affectif dans certaines consciences morbides et cet ineffable affectif, qui ne peut se couler dans les signes habituels du langage courant, ni se conceptualiser sous forme d'idées, nous sommes destinés à l'ignorer toujours, si nous prenons comme termes de comparaison les états affectifs normaux, façonnés par la société, par la

tradition et par le langage, que nous trouvons en nous-mêmes et autour de nous ».

Psychologue, aussi philosophe qu'aliéniste, Charles Blondel a affirmé sa haute valeur en de nombreux ouvrages que la mémoire n'a pas oubliés : la *Psycho-physiologie de Gall* (1914) ; sa spirituelle critique de la *Psychanalyse* (1924), la *Mentalité primitive* (1926), l'*Introduction à la psychologie collective* (1928), la *Psychographie de Marcel Proust* (1931), le *Suicide* (1934). Il avait écrit les *Volitions* et la *personnalité* dans le *Traité de psychologie* de Georges Dumas et préfacé et fait éditer les *Fragments philosophiques* de notre ami Paul Lecène, cet esprit supérieur universellement complet.

L'homme, en Charles Blondel, valait le penseur.

Après 17 ans d'enseignement à la Faculté des Lettres de Strasbourg, je l'avais vu, avec grand plaisir, venir à notre Rapprochement universitaire à la Sorbonne après ses cours. Je n'avais pas le bonheur de son intimité, mais une amitié fraternelle l'unissait à notre Secrétaire général, depuis leur commun séjour en Alsace où ils se voyaient tous les jours. Comme me l'écrivait Courbon le 20 février : « La noblesse de son caractère était à la hauteur de son intelligence. Et il est mort avec un stoïcisme admirable, surveillant, sans perdre connaissance, les progrès de son mal et s'excusant de donner tant de peine à ses infirmières et à ses amis, et d'infliger à sa femme une séparation qui est l'unique chagrin qu'il lui ait jamais fait. »

En notre nom à tous, mes chers collègues, j'adresse donc à Mme Charles Blondel l'expression respectueuse de la part très grande que nous prenons à cette déchirure, dont nous ressentons la toute particulière douleur.

### Décès du Professeur Joannès Martin

JOANNÈS MARTIN (1851-1939)

J'ai aussi la tristesse de vous annoncer la mort de notre membre associé de Genève, le D<sup>r</sup> Johannès Martin.

Né à Veyrier-Genève en 1851, M. Martin fit ses premières études à Evian et ses médicales à Berne. En 1879, il fut assistant d'*Auguste Forel* à l'Asile cantonal de Zurich et reçut l'empreinte de cette forte personnalité.

Médecin-directeur de Marsens, dans le canton de Fribourg, de 1880 à 1883, Martin devint ensuite médecin des Vernets près Genève et professeur de clinique des maladies mentales. Il amé-



liora le confort de son asile, organisa la clinothérapie dans des salles de surveillance continue et fonda une colonie agricole.

Elève de Déjerine, il fit, sous son inspiration, une thèse sur *l'atrophie optique et sa valeur pronostique dans le tabès*.

De 1900 à 1908, il fut le directeur de la Métairie, maison de santé bien connue de Nyons.

Expert près les tribunaux et membre du Conseil de surveillance des aliénés, Martin avait une existence très remplie.

Droit, loyal, désintéressé et d'un accueil toujours bienveillant, il était d'un commerce agréable.

Sa perte a été profondément ressentie par sa famille, à laquelle nous adressons nos condoléances attristées.

## COMMUNICATIONS

**Etude du dessin chez un aphasique : ne permet-elle pas de parler de « réalisme intellectuel » ou d'hypopraxie constructive ?** par M. Gaston FERDIÈRE.

Je lançais le mois dernier ici même, avec M. Vié, un « appel en faveur d'un musée psychopathologique » (1) ; c'est à un tel musée que je souhaiterais confier la collection de dessins que je voudrais vous montrer aujourd'hui et étudier devant vous, il ne sera évidemment possible d'en reproduire dans nos Annales qu'un nombre fort restreint et il est regrettable de penser qu'une fois de plus ceux qui s'occuperont à leur tour de la question devront se borner à une série incomplète. Ces dessins en effet illustrent avec bonheur la plupart des points sur lesquels insistait notre communication récente : d'abord, et sans souci de leur intérêt artistique, ils m'apparaissent comme des *documents* de première importance, susceptibles de projeter une certaine lueur sur les *techniques morbides* ou les altérations imposées par la maladie aux techniques normales ; le musée en question, véritable *laboratoire* si l'on nous a bien entendus, favoriserait aussi les grands courants d'idées nécessaires à la découverte et ses portes devraient être largement ouvertes aux chercheurs de toutes catégories, sociologues, ethnographes, psychologues..., soucieux de comparer le monde des psychopathes au monde des primitifs, au monde des enfants, et il me paraît jus-

(1) Cf. *S.M.P.*, séance du 23 janvier 1939 ; *A.M.P.*, p. 130.

tement possible de rapprocher les dessins qui m'occupent des dessins des enfants et des primitifs, de leur appliquer avec justesse les termes mêmes employés par G.-H. Luquet dans ses études remarquables (1), celui de « réalisme intellectuel » en particulier.

Mais je dois tout d'abord rapporter brièvement l'observation du malade de mon service, qui est l'auteur de ces œuvres :

*Histoire clinique.* — D. Henri, né en 1896, a eu son certificat d'études et a suivi un an le cours supérieur ; il a toujours travaillé dans la plomberie, d'abord comme apprenti, puis comme compagnon. Sa femme serait morte il y a plusieurs années d'une broncho-pneumonie et il aurait deux enfants de 14 et 10 ans en bonne santé.

Au milieu de novembre 1934, il a un malaise dans la rue comme il revient de son travail ; il tombe et est conduit à l'hôpital Beaujon.

Le certificat du D<sup>r</sup> Harvier est ainsi conçu : « Est atteint de troubles psychiques caractérisés par une absence totale de coordination des idées, paroles incohérentes, agitation, gestes incohérents (urine par la fenêtre). Il y a donc lieu de le diriger sur un service spécialisé. »

Le 17 novembre, D. entre à l'admission de l'Asile clinique ; certificat immédiat du D<sup>r</sup> Simon : « Est atteint d'affaiblissement intellectuel avec accidents aphasiques ; bavardages sans suite et sans arrêt ; réflexes rotuliens exagérés ; contusions sur les membres (...) »

Le 21 novembre, il est transféré à Vaucluse. Les certificats immédiat et de quinzaine du D<sup>r</sup> Génil-Perrin soulignent « l'état d'excitation avec loquacité ».

Il semble que bientôt cette excitation psycho-motrice tombe : à Vaucluse où il va rester deux ans et demi, D. rend quelques services au quartier ; il fait quelques corvées. On le considère comme un affaibli calme qu'il est possible de conseiller au D<sup>r</sup> Sivadon pour le placement en colonie familiale.

Certificat du 9 juin 1937 en vue de transfert : « (...) Réactions humorales négatives dans le liquide céphalo-rachidien. » (D<sup>r</sup> Sengès).

En le recevant à Ainay-le-Château, le D<sup>r</sup> Sivadon met à nouveau l'accent sur les troubles aphasiques signalés par le D<sup>r</sup> Simon ; son certificat de quinzaine ajoute : « (...) Aphasie sensorielle. Surdité verbale. Réponses à côté. Pas de troubles agnoso-apraxiques actuels (...) »

Le placement familial est possible, mais en mai 1938 D. fait un ictus suivi d'hémiplégie passagère ; il est un peu agité ; il présente

(1) G.-H. LUQUET. — *Le dessin enfantin*, Alcan, 1927. Cf. aussi : G.-H. LUQUET. — *Le motif du cavalier dans l'art primitif*, in *J. de psychologie*, 1925, pp. 446-56 (19 figures), et *Deux problèmes psychologiques de l'art primitif*, in *J. de psychologie*, 1933, pp. 514-42.

fréquemment du gâtisme urinaire ; il doit être conduit le 28 juin à l'hôpital psychiatrique de Chezal-Benoit.

Il a fait là, en octobre et en décembre, deux nouveaux ictus minimes et de courte durée qui en ont imposé aux infirmiers pour des crises d'épilepsie.

*Examen.* — L'état de ce malade reste à peu près le même depuis huit mois que je l'observe, aussi me paraît-il possible de ne pas reproduire le protocole des multiples examens que je lui ai fait subir et de dresser secondairement le catalogue des symptômes constatés, en ne craignant pas d'y introduire un certain nombre de signes négatifs.

D. est toujours calme ; ses vêtements sont toujours propres et soignés ; sa politesse est touchante : du plus loin qu'il me voit, il se lève, enlève son béret, se raidit dans un garde-à-vous sans élégance ; il abuse des formules de politesse, parle de MM. les plombiers, de MM. les infirmiers, etc..., craint toujours d'avoir mal fait, se prête aux examens avec la plus grande complaisance, s'applique de son mieux.

Je n'ai jamais constaté de fatigabilité sensible : le rendement est à peu près le même au début et à la fin des séances les plus prolongées (3 heures).

L'hypersémie de D. traduit ses efforts constants de compréhension et d'expression : ses mains se crispent en des gestes expressifs plus ou moins heureux, ses joues se plissent, ses mâchoires se serrent, une sueur perle à son front ; son aspect aphasique est caractéristique. Son aphasie de Wernicke est surtout caractérisée par un déficit important de la dénomination des objets ; les phénomènes paraphasiques et jargonaphasiques sont nombreux ; l'intoxication par le mot est flagrante, complique toutes les investigations, — je l'ai vue parfois se prolonger plusieurs jours ; si j'utilise avec rigueur la terminologie souhaitée par M. Guiraud dans son enseignement ou dans sa pénétrante « analyse du syndrome stéréotypie » (1), je dirai : reproductions substitutives, pas d'itérations authentiques, symptômes de fixation invariable dont l'étude du stock et des dessins fournira des exemples.

Le *stock des idées* se réduit à deux thèmes essentiels, d'ailleurs voisins et souvent se succédant spontanément :

*Premier thème* : les habitudes alcooliques, trouvant leurs excuses dans le métier exercé et les occasions multiples, sont responsables de ses malheurs, de sa maladie, de son internement : « Je vous le dis franchement, Monsieur le Médecin-directeur, c'est de boire... Vous savez ce que c'est... dans le bâtiment, il y a des serruriers, des peintres, des menuisiers, des... voilà ce que c'est... Je vous le dis franchement... quand il est 9 heures... c'est de boire tous ensemble... moi, je paye un litre... moi, je paye un litre...

(1) Voir *L'Encéphale*, XXXI<sup>e</sup> année, 2<sup>e</sup> vol., n<sup>o</sup> 4, novembre 1936, pp. 229-270.

Je vous le dis franchement... c'est les bonnes... étant à faire la corvée... c'est un robinet... une fuite de gaz... déboucher les cabinets... alors c'est les bonnes... c'est Mesdames les cuisinières... en faisant signer ma feuille comme pourboire... alors c'est l'alcool... je vous le dis franchement. »

2<sup>e</sup> thème : déclarations de bonne conduite et de bonne santé associées à la demande de travail ou de sortie : « Toujours poli... toujours bien sage... sans bêtise... propre... pas une heure de maladie... étant malade de rien... alors je vous le dis franchement pour les grosses soudures... étant de mon métier comme plombier... »

Ce dernier thème souligne l'inconscience totale de la maladie et la méconnaissance de l'affaiblissement, parfois cependant en cherchant un mot il s'étonne de la pauvreté de son vocabulaire : « C'est bizarre... c'est de parler à personne ici... ça, ça a un nom... »

Pas de troubles de l'intonation ou du tempo.

La *syntaxe* de D. n'a pas fait l'objet d'une étude approfondie, mon attention s'étant portée sur un autre point ; je me borne donc à quelques notations de premier plan en général illustrées par les citations précédentes : parfois l'adjectif ne s'accorde pas en genre avec le nom auquel il se rapporte (Exemple : « étant du métier... et étant *heureuse*... ») ; les propositions sont courtes, et en général juxtaposées — on est frappé en tout cas de l'absence totale de conjonctions des deux sortes ; les circonstances de temps, de cause, etc..., sont le plus souvent exprimées par des gérondifs extrêmement abondants, parfois employés sans préposition et ne se rapportant pas au sujet de la proposition principale ; la proposition participe absolue est aussi utilisée (Exemple : « aller à Beaujon dans la grande voiture, *moi pris en dedans* »), ainsi qu'un grand nombre d'infinitifs ; enfin D. recourt parfois au style télégraphique (Exemple, à la fin d'un examen : « Poli, honnête, respects, bonne nuit D. »).

La diminution de la valeur professionnelle de D. est mesurée en ma présence à l'atelier de plomberie de mon établissement : ce plombier qui, il y a 5 ans, était employé d'entrepreneur de la banlieue parisienne et se rendait seul au domicile des clients pour réparer les fuites ou les accidents de la tuyauterie, bon ouvrier à qui un apprenti était confié, n'est pas capable d'accomplir correctement une soudure élémentaire ; le chef de l'atelier conclut : « Il fait sa jonction aussi maladroitement que quelqu'un qui n'en a fait que deux ou trois. » Cette même épreuve vient par ailleurs souligner le fait que le sens des relations spatiales n'est pas altéré : dans mon bureau, D. fait correctement des constructions même difficiles avec les jeux habituels ; d'ailleurs, les tests de Von Woerkom, les épreuves de la carte de visite de Binet-Simon, des pantoufles, des labyrinthes sont correctement accomplis.

Pas de troubles saillants de la mémoire des faits anciens ou récents ; les ordres même complexes sont bien exécutés à condition d'être répétés et criés ; bonne orientation dans le temps et dans l'espace ;

pas de troubles agraphiques, alexiques, acalculiques, agnosiques, apraxiques habituels ; bonne identification des couleurs ; pas de troubles de la représentation du corps propre ; D. distingue le haut du corps du bas, l'avant de l'arrière, la droite de la gauche ; il parvient à nommer correctement ses doigts (pas d'agnosie dite des doigts) et les différentes parties du corps.

*Examen physique.* — Amputation de l'avant-pied gauche (par accident de tramway en 1919). Canitie précoce uniforme probablement familiale. Amaigrissement léger, mais régulièrement progressif : 6 kgr. en huit mois.

Appareil digestif : rien à signaler.

Urines : plus de deux litres quotidiens ; pas de sucre, ni d'albumine.

Poumons : bronchite chronique et emphysème.

Cœur : large zone de matité franche ; pointe dans le VI<sup>e</sup> espace déviée de deux travers de doigt en dehors de la ligne mamelonnaire, frémissante ; gros souffle systolique de la pointe, constant, jet de vapeur à propagation axillaire lointaine.

Tension artérielle : 16,5/9 au Vaquez.

Pouls à 40 au repos, toujours inférieur à 60 au cours du travail. Dyspnée d'effort immédiate ; varicosités des pommettes ; asphyxie des extrémités, surtout des mains.

Dans le sang : réactions de Wassermann, de Meinicke, de Kahn négatives.

Au point de vue *neurologique* : aucune séquelle parétique ; *réflectivité tendineuse extrêmement vive*, mais égale à droite et à gauche ; réflectivité cutanée normale ; pas de signes des séries cérébelleuse ou striée ; sensibilité normale à tous les modes.

*Ponctions lombaires* : cf. supra le certificat du D<sup>r</sup> Sengès ; deux nouvelles ponctions pratiquées dans mon service, l'une et l'autre fort bien supportées ; tension du liquide au Claude et en position couchée : 22 ou 23 au début, 10 ou 11 à la fin (après ablation de 8 cc. de liquide) ; manœuvre de Queckenstedt-Stocke positive ; analyse du liquide céphalo-rachidien : un lymphocyte, 0,18 ou 0,20 d'albumine, 0,40 de sucre ; réaction de Wassermann négative ; réaction du benjoin colloïdal : 00000.22110.00000, le 7 novembre 1938 ; 00000.22222.22222 (?), le 22 février 1939.

*Examen ophtalmologique* (vérifié et complété par le D<sup>r</sup> Bonhomme) : Pupilles habituellement en mydriase moyenne ; anisocorie légère, nette cependant : D. > G. ; pupille gauche un peu irrégulière : aplatissement des segments midi-14 heures et surtout 10 heures-midi ; réflectivité normale aux deux modes, cependant la pupille gauche tient assez mal à la lumière et se relâche bientôt avec une série hippus.

Fond d'œil normal à droite et à gauche.

Hypermétropie : deux dioptries à droite, une à gauche.

Acuité visuelle : O.D.G. = 10/10.



*Hémianopsie droite complète* ; réaction pupillaire hémioptique de Wernicke.

Musculature extrinsèque : rien à signaler, sinon une légère insuffisance de convergence ; pas de nystagmus.

Il n'y a pas de signes d'atteinte des nerfs craniens.

*Conclusion et diagnostic.* — Chez cet homme de 42 ans, qui a fait en quatre ans plusieurs ictus accompagnés de périodes d'excitation psycho-motrice et qui présente une insuffisance mitrale manifeste, l'hypothèse qui s'impose est celle de *ramollissement sylvien postérieur gauche*, susceptible de rendre compte du bilan neurologique (aphasie de Wernicke, hémianopsie droite) ; encore serait-il nécessaire d'éliminer rapidement, d'une part, la maladie de Pick (symptômes de fixation invariable), en raison de l'absence d'éléments agnoso-apraxiques caractérisés, d'autre part, une tumeur cérébrale en l'absence de tout smptôme d'hypertension intra-cranienne : intégrité du fond d'œil et du liquide céphalo-rachidien, après une évolution de plusieurs années.

Au demeurant, le problème diagnostique me paraît aujourd'hui secondaire et je me propose de m'attacher uniquement aux dessins de D. Je dois dire qu'aucun de ceux-ci n'est spontané, — ce qui, à mon sens, n'enlève rien à leur valeur — : ils ont tous été faits devant moi et sur ma demande ; il m'a fallu évidemment le plus souvent répéter un certain nombre de fois le sujet imposé pour être compris ; après la mise en marche et les encouragements nécessaires, je me suis appliqué à ne plus intervenir et à ne troubler en rien la genèse de l'œuvre ; pour faciliter ma propre compréhension, j'avais simplement donné au malade l'habitude d'énumérer au fur et à mesure les parties dessinées ; il le faisait d'ailleurs sans difficultés, paraissant trouver une aide dans cette méthode et l'appliquer avec une certaine spontanéité ; cette remarque cadre bien avec ce que je dirai tout à l'heure du modèle interne et de l'exemplarité. Si je suis intervenu exceptionnellement au cours de l'exécution, c'est chaque fois dans un but déterminé : par exemple, pour demander l'addition d'un détail, ou encore pour étudier la réaction de D. en face d'une erreur ou d'une omission signalées. Le dessin terminé, il m'a aussi souvent fallu de longues explications pour parvenir à l'interpréter, de multiples questions pour vérifier mon interprétation.

Il me paraît nécessaire de ne pas se contenter d'une impression rapide de parenté entre les dessins de ce malade et les dessins des enfants, les gravures rupestres, voire les productions de certains artistes contemporains. En y regardant de plus près, on est mis à mon sens sur le chemin non plus d'une ressemblance plus ou moins fortuite, mais bien d'une véritable analogie.

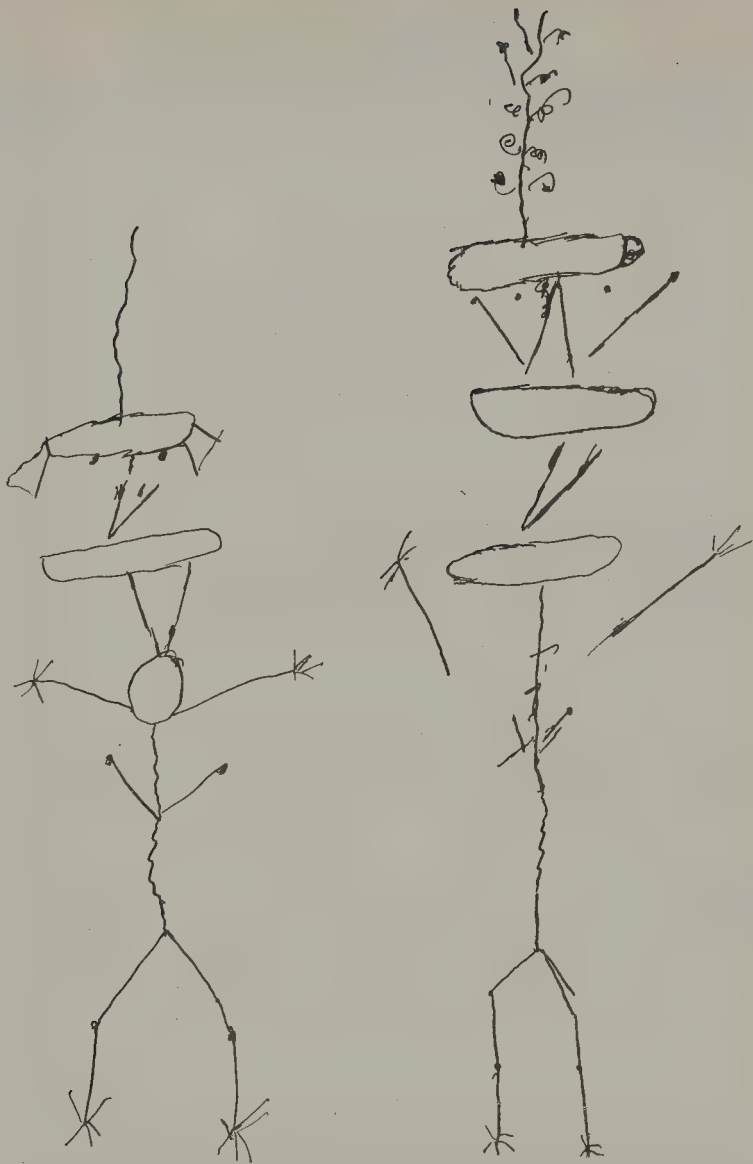


FIG. 1 et 2. — Bonshommes : cheveux individuels (détachement des détails par discontinuité) ; front limité par un contour ; oreilles figurées sur la fig. 2 par un point et un trait oblique ; nez, sur la fig. 1 seul de profil dans le visage ; menton (« bouc, dit D. ») sur la fig. 2 seul de profil dans le visage ; cou, toujours figuré par un rond ou un ovale, comme un cou de décapité ou de support de col dans les étalages ; bras : sur la fig. 2 non rattachés au corps ; doigts divergents ; « estomac » (*sic*) : poitrine ; seins toujours représentés, chez l'homme comme chez la femme, par un point ou un petit cercle rattaché à la ligne médiane de l'« estomac » ; ventre ; jambes ; genoux ; pieds à doigts divergents et à forme de mains. Absence de tout vêtement. [La liste des caractéristiques que je souligne dans ces légendes est nullement exhaustive].

Et d'abord le schématisme de ces dessins n'est qu'apparent : il n'est à vrai dire qu'un réalisme manqué, de caractère synthéti-

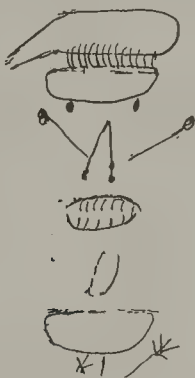


FIG. 3. — Tête de bonhomme ; cheveux individuels ; casquette de profil et transparente

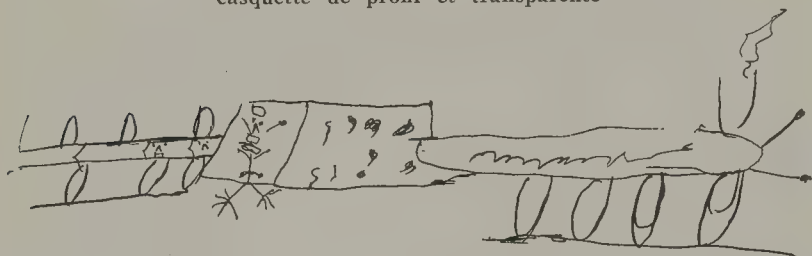


FIG. 4. — Train : les rabattements permettent de voir les tampons de la locomotive, les roues des wagons de chaque côté ; la transparence permet de voir la vapeur dans la chaudière, le charbon dans le tender, etc... ; mécanicien et voyageurs fidèles au type du bonhomme (exemplarité).

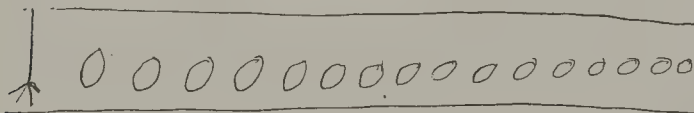


FIG. 5. — Champ de pommes de terre ; il est rigoureusement identique au dessin d'un petit Hollandais (fig. 98, p. 167 dans le livre de Luquet) ; « Il ne figure rien de ce que l'œil perçoit dans un champ de pommes de terre, à savoir la partie aérienne des plantes, mais uniquement les éléments invisibles, les tubercules qui sont dans la terre. »

que ; ce réalisme lui-même répond bien au type magistralement décrit par Luquet sous le nom de « réalisme intellectuel » (1)

(1) *Loc. cit.*

— Breuil préférant l'expression de « réalisme conceptuel » (1).

D. ne regarde jamais le modèle lorsqu'il existe ; si ses yeux clignent, c'est pour apercevoir le « modèle interne » et dessiner

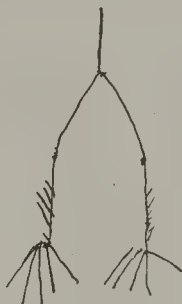


FIG. 6. — Jambes d'un bonhomme : les traits au-dessus du pied représentent les « nerfs », la viande, la force (transparence ou représentation d'un élément abstrait) (cf. dessin d'Albert, fig. 110, p. 177, dans le livre de Luquet).

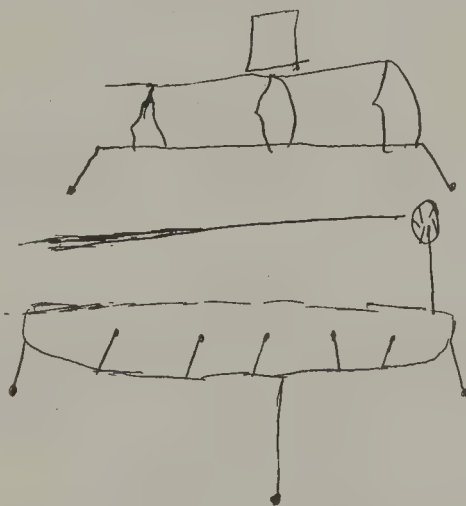


FIG. 7. — Automobile, représentée en plan : on reconnaît le volant, la manivelle en avant ; rabattement des roues (cf. fig. 113, p. 180 du livre de Luquet) ; autre rabattement permettant de voir le carreau arrière ; bougies dans le moteur (transparence).

de son mieux, d'après celui-ci seul, l'objet intelligible au sens platonicien, l'objet *complet* en quelque sorte, totalisant le maximum des connaissances acquises.

(1) *Journal de psychologie*, 1926 (*passim*).



FIG. 8. — Manège de chevaux de bois (cf. fig. 122, p. 187 du livre de Luquet) ;  
tente rabattue



poireau  
haricots  
beurre  
bœuf  
pommes de terre

FIG. 9. — Sac à provision : Transparence : à gauche un poireau, la tête en l'air nettement séparée de la queue ; haricots en chaînette ; à droite, et de bas en haut, deux morceaux de beurre, deux beefsteaks plats, deux oranges avec pépins visibles par double transparence, deux pommes de terre.

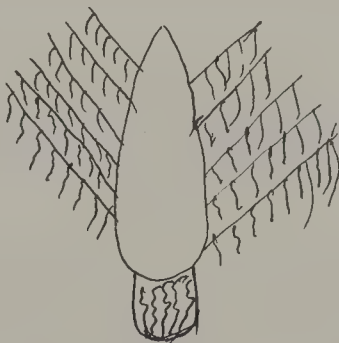


FIG. 10. — Arbre : Transparence (racines visibles), etc...



Il me paraît possible de considérer mon malade comme présentant un certain degré d'*apraxie constructive* telle que Kleist l'a décrite, et de le rapprocher du cas étudié récemment par Janota

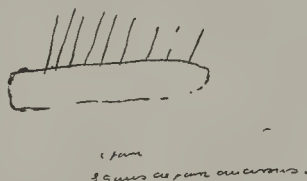


FIG. 11. — Pain : Rabattement de la croûte de dessus avec ses fentes.

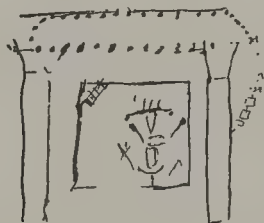


FIG. 12. — L'Arc-de-Triomphe : Rabattement de la dalle du Soldat inconnu, celui-ci visible par transparence et fidèle au type ; rabattement de la partie supérieure de l'édifice permettant de voir la visite (narration graphique par type successif) et de l'escalier à droite.



FIG. 13. — Montre : aiguilles figurées plusieurs fois (narration graphique par type successif).

dans l'*Encéphale* (1) ; pour serrer de plus près ma pensée, je ne suis pas loin de considérer que le mécanisme même de cette apraxie si spéciale qu'est l'*apraxie constructive* est quelque peu éclairci par la notion même de réalisme intellectuel. Pour établir un parallèle entre le malade de Janota et celui d'aujourd'hui,

(1) Sur l'*apraxie constructive* et sur les troubles apparentés de l'*aperception* et de l'*expression des rapports spatiaux*, in *L'Encéphale*, XXXIII<sup>e</sup> année, 2<sup>e</sup> vol., n<sup>o</sup> 4, novembre 1938, pp. 173-211 ; voir particulièrement p. 180, 3<sup>e</sup> paragraphe, et p. 181, 2<sup>e</sup> paragraphe, la figure 1.

j'insiste sur le fait que mon aphasique ne présente pas le moindre trouble agraphique, acalculique ou alexique, pas la moindre agnosie des doigts, pas la moindre asomatognosie ; il est capable

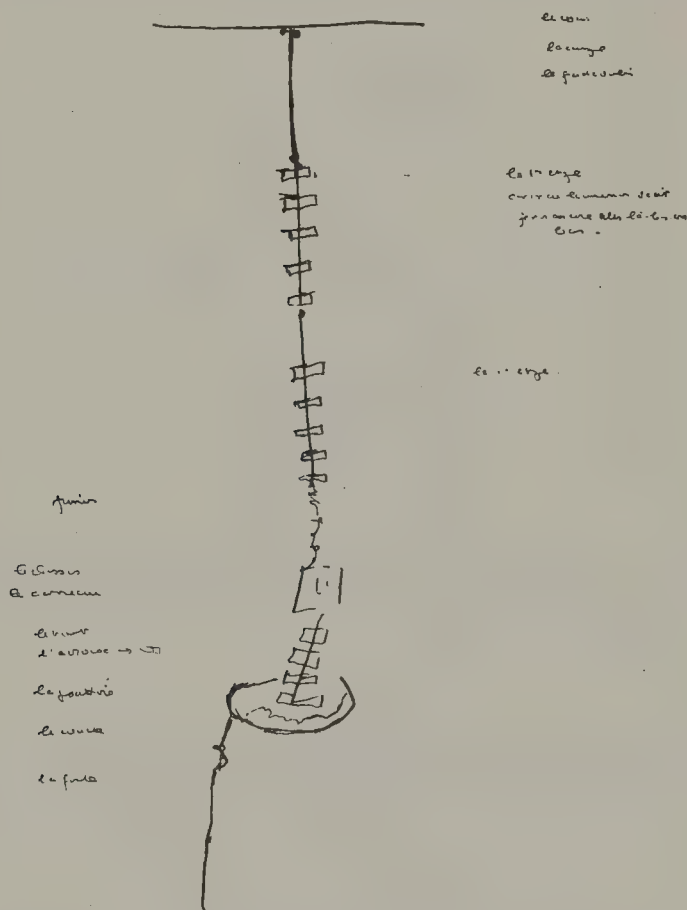


FIG. 14. — Maison : de haut en bas : la cour, la concierge, le grand couloir, le premier étage, le deuxième étage, le grenier, le chassiss, le carreau, le toit, l'ardoise, la gouttière, la plaie, le coude, le tuyau de descente.

de dessiner correctement les formes géométriques simples (croix, triangle, carré, circonférence...), de réunir deux points par une ligne droite et de diviser correctement celle-ci en deux ou en trois. Quant à la question du rapport psycho-physiopathologique des troubles aphasiques et apraxiques, elle déborderait singulièrement le cadre de cette présentation.

Selon Luquet, c'est en moyenne au cours de sa 9<sup>e</sup> année, et souvent bien avant, que, sous l'éveil de la critique logique, l'enfant abandonne progressivement le « réalisme intellectuel » et part à la conquête du « réalisme visuel » de l'adulte : alors la transparence cède peu à peu la place à l'opacité — définie comme « suppression dans le dessin des détails qui sont objectivement invisibles » — le rabattement et le changement de points de vue à la perspective, celle-ci modifiant l'aspect des silhouettes ; l'exemplarité est abandonnée. Mon malade — dont le dessin ne vient pas révéler le moindre souci d'opacité et de perspective, reste rigoureusement fidèle à l'exemplarité, et ressortit en un mot au réalisme intellectuel le plus pur — se trouve en toute netteté, lorsqu'il dessine, dans la situation d'un enfant de moins de 8 ans ; je dis : « lorsqu'il dessine » et « dans la situation de » ; je ne dis pas plus — ces précisions pour indiquer que « l'épreuve du dessin » ne me paraît légitimer aucune conclusion relative au stade de régression respectant la loi de Ribot ou à « l'âge mental » du sujet, et ne mérite en aucune manière d'être mise à la hauteur d'un test (sans préjuger de celle-ci !).

Il me paraît plus juste de penser que l'adulte, lorsqu'il se trouve pathologiquement handicapé par un trouble déficitaire tel que l'hypopraxie constructive, lorsqu'il perd accidentellement la possibilité d'expression des relations spatiales par les procédés qui lui sont habituels, retrouve spontanément les procédés de son enfance, et de voir là, dans le domaine du psychisme, un de ces phénomènes de *suppléance* par lesquels se caractérise l'étonnante souplesse de l'être vivant, et qui, dans un autre domaine, celui de la musculature, entraînent à chaque fois l'admiration du neurologue ou du physiologiste du mouvement ; c'est là du moins l'hypothèse de travail que je sou mets à vos observations et à vos critiques.

M. GOURIOU. — Ne peut-on pas voir là, non pas du réalisme conceptuel, mais simplement un manque de technique ? comme c'était le cas des artistes des cavernes. Un adulte par amour-propre ne se risque pas à dessiner quand il n'a pas appris le dessin. Mais un enfant s'y risque et il échoue. Un artiste qui dessine très bien de la main droite qu'il a éduquée, rate les dessins qu'il essaie de faire de la main gauche. Dira-t-on qu'il a du réalisme conceptuel de la main gauche ? Je dirai qu'il n'a pas de technique de la main gauche.

M. DIDE. — Cette communication m'intéresse beaucoup car j'ai

fait maintes et maintes publications sur ce sujet, après avoir examiné des centaines de dessins d'enfants. Et je ne suis pas d'accord avec Luquet. Mon expérience m'a prouvé qu'il existe chez l'enfant entre 3 et 5 ans une puissance d'exprimer par le dessin qui disparaît ou tout au moins s'atténue beaucoup par la suite.

Je ne suis pas d'accord avec l'auteur au sujet de l'interprétation de son malade par l'hypothèse d'apraxie constructive. Car son malade a des lésions cérébrales gauches et l'apraxie a pour condition des lésions cérébrales droites. J'y vois un cas de puérilisme acquis, une régression de la personnalité.

J'ai montré devant une société d'ingénieurs et d'anciens polytechniciens, tous gens habitués à dessiner, des enfants dont la faculté représentative les a profondément surpris. On montrait à l'enfant un dessin à perspectives compliquées qu'on lui enlevait aussitôt. Et l'enfant redessinait de tête avec exactitude ce qu'il n'avait regardé que pendant une minute.

M. FERDIÈRE. — Je ne crois pas avec M. Gouriou que les aptitudes antérieures au dessin soient un élément de connaissance indispensable dans le cas présent ; ce qui m'intéresse, ce n'est pas l'habileté dans l'application d'une technique, ce n'est même pas cette technique en elle-même, mais bien ses raisons d'être et ses racines. J'indique à M. Gouriou que ces dessins sont surtout à rapprocher des gravures rupestres de la péninsule ibérique.

Je suis heureux d'avoir intéressé M. Dide par mon exposé et prends note de ses remarques pertinentes sur le dessin enfantin et l'apraxie ; mon malade a bien, ainsi que je l'ai dit, une lésion pariéto-occipitale *gauche*.

**Écriture en miroir du membre fantôme gauche d'un amputé délirant. Considération sur le mécanisme hallucinatoire, par MM. G. DAUMÉZON et G. GUSDORF.**

Avec ses collègues, les D<sup>rs</sup> S. Rousset et J. Masson, l'un de nous a eu l'occasion d'observer, voici un an, un malade typique de délire d'influence et dont l'observation complète nous servira peut-être un jour. Nous nous contenterons de résumer brièvement l'observation en insistant seulement sur une particularité séméiologique du plus haut intérêt.

W., architecte, manchot (mutilé de guerre), est entré brutalement dans la psychose aux environs de Noël 1937. Les troubles se sont

organisés autour d'expériences radiesthésiques que le sujet pratiqua à cette époque. Les « penduleurs » (*sic*) de sa ville, dérangés par son activité, se vengèrent de lui en l'assillant par un syndrome hallucinatoire complet. Les thèmes de persécution étaient essentiellement le rappel de toutes sortes d'événements pénibles de la vie du sujet évoqués à la façon d'une confession publique dont le sujet n'était pas maître. A cet égard, ce malade constitue une réplique à l'observation présentée naguère par M. Janet sous le titre : « L'examen de conscience et les voix ». W. présentait, en outre, un syndrome clinique d'« automatisme mental » complet avec écho de la pensée, commentaires, actes imposés, etc...

Après une période d'activité hallucinatoire intense et de troubles particulièrement importants, le sujet, tout en conservant ses voix et une croyance intacte dans leur réalité, put jusqu'à présent reprendre une vie normale, une activité sociale et professionnelle complète.

Outre des hallucinations auditives et psychiques, W. accusait aussi des « perceptions » (?) absolument exceptionnelles au niveau de son moignon. Amputé depuis la guerre du bras gauche au tiers moyen, il souffrait de crises douloureuses. Peu à peu, comme le cas est fréquent chez de tels sujets, il avait, en analysant ses perceptions du membre fantôme, constaté le raccourcissement du bras et il ressentait sa main au contact du moignon.

Depuis le début des phénomènes délirants, les perceptions du membre fantôme étaient perturbées. Mieux encore, existait la perception d'une *écriture automatique* : la main fantôme gauche, au contact du moignon, écrivait *de droite à gauche* toutes sortes d'injures ou de menaces. C'est en dehors de tout interrogatoire inductif que W. nous signala : « On me fait écrire à l'envers avec mon bras coupé. »

Ces hallucinations psychographiques en miroir au niveau d'une main fantôme gauche se déroulèrent à plusieurs reprises devant nous, à l'état de veille, au milieu d'un cortège de légère anxiété en liaison avec le contenu menaçant des hallucinations. Tantôt, le sujet comprenait le contenu des écrits, tantôt, selon son expression, il ne pouvait lire parce qu'il n'avait pas l'habitude et que cela allait trop vite. Il s'agissait d'un type classique d'écriture automatique, le sujet ignorant absolument ce qu'il écrivait et n'en prenant conscience que par la sensibilité kinesthésique du mouvement des doigts !... W. signalait, en outre, la grosseur inusitée des lettres. Le moignon était agité de mouvements légers dans le sens de l'écriture ; objectivement, on constatait qu'il était soulevé par à-coups et retombait rapidement.

Ces hallucinations pouvaient cependant être arrêtées. Il suffisait pour cela que fût enroulée autour du moignon une ceinture Lakhovski ou encore que le même objet fût placé autour de la tête du sujet.

Les phénomènes auxquels nous faisons allusion se produisirent fréquemment pendant plusieurs semaines, puis allèrent en s'estompant.



Il convient de signaler quelques faits supplémentaires ; lorsque W. commença ses expériences de radiesthésie, il nous a avoué avoir tenu largement ouverte sa main fantôme, comme il avait vu faire avec leur main gauche d'autres radiesthésistes, afin « de capter les ondes ».

A côté des hallucinations banales, à côté de ce mode hallucinatoire assez exceptionnel, W. présentait encore des phénomènes très voisins de l'hallucination, mais qui n'en sont pas moins à peu près ineffables.

C'est ainsi que, pour se débarrasser des influences, notre sujet se « nettoyait le cerveau » (*sic*) ; on le voyait alors, les globes oculaires dirigés vers le haut et le regard semblant suivre un tracé sinueux (tel celui des circonvolutions ?). On ne pouvait obtenir d'explications précises : « Je ne peux pas vous expliquer, je fais comme cela », et de reprendre sa mimique ; grâce à ces manœuvres, il sentait que « ça descendait », alors qu'au début « ça le tenait tout en haut ». Là encore, nous ne sommes pas parvenus à obtenir la moindre explication, W. se disant incapable de décrire ce qu'il ressentait. Comment qualifierions-nous ces phénomènes ? Dans leur analyse, une place prépondérante doit encore être laissée à la kinesthésie. Dans la motivation, le phénomène de croyance joue le rôle capital.

Le phénomène exceptionnel relevé dans cette observation peut être étroitement rapproché de faits plus ordinaires. On se trouve, en effet, en présence d'un cas banal : délire hallucinatoire d'influence comme il en existe des centaines dans les asiles, avec leur indigence habituelle de signes neurologiques grossiers : hallucination psychomotrice à forme kinesthésique dont l'importance doctrinale est quotidiennement soulignée.

1° L'illusion des amputés est classiquement attribuée à une élaboration d'un matériel sensitif fourni par des excitations parasites nées au niveau du moignon dans les névromes souvent constatés. Dans des expériences récentes, Lhermitte et Susic ont démontré l'inanité de cette opinion ; le fait de l'utilisation pour un délire d'une illusion d'amputé est un argument de plus ruinant la thèse classique.

Peut-on, en reculant le siège de l'excitation du moignon au cortex, obtenir une solution satisfaisante ? Nous ne le croyons pas davantage puisqu'un simple phénomène de croyance peut, à lui seul, anéantir l'illusion : la ceinture Lakhovski passée autour du moignon « arrête les ondes » et partant l'écriture automatique. Nous touchons là un fait que nous croyons certain et constant : chaque fois qu'il existe, dans l'esprit du sujet, une cause quelconque capable logiquement d'annihiler le phénomène hallucinatoire, l'hallucination cesse. Comme on peut le constater

dans notre observation, cette loi s'applique aussi bien à l'hallucination psycho-motrice qu'à l'hallucination purement sensorielle, et malgré le caractère éminemment « esthésique » des phénomènes.

Le problème de la croyance de l'halluciné n'avait, à notre connaissance, jamais été envisagé sous le jour négatif de l'influence possible de la croyance sur l'hallucination. Le fait que nous rapportons montre indubitablement *un phénomène de croyance arrêtant l'hallucination*. Or, ce fait n'a pas d'équivalent dans la psychologie normale, une excitation sensorielle, un mouvement ne peuvent cesser d'être perçus sous l'influence de la démonstration de l'impossibilité de la perception. Par contre, toute la littérature de l'hystérie fourmille de faits analogues.

Il convient de préciser que, pour le malade, la ceinture Lakhovski jouait le rôle d'une sorte de cage de Faraday pour les « ondes », arrêtant au passage les influences persécutrices. Notons néanmoins que l'allure scientifique de l'expression recouvre un ensemble de conceptions animistes : à travers tout le vocabulaire de W... et quoiqu'il s'en défendit, on retrouve une personnification animiste de chaque « voix ». On note au passage des phrases de cet ordre : « Il y a à mon oreille comme de toutes petites voix qui approchent et s'éloignent », mais surtout : « Les voix sont accrochées à la ceinture » (ou à tout objet métallique annulaire). Il en résulte une magie, une sorcellerie. W... pensait que les bracelets des femmes étaient destinés à jouer ce rôle protecteur. Etant donnée l'agglutination des influences maléfiques autour de la ceinture, il en résultait, au bout d'un certain temps, la nécessité absolue d'abandonner ce remède.

On s'abuserait en qualifiant de pathologiques, tous ces concepts, W..., bien avant d'être malade, utilisait la même ceinture contre le péril cancéreux, moins réel pour lui que le péril hallucinatoire.

La possibilité de l'arrêt d'une hallucination par la croyance implique à notre sens que ce phénomène n'est pas réductible à une simple excitation mécanique d'un territoire cortical, moteur ou sensitif. Il est difficile, en effet, d'admettre qu'une « minime excitation du territoire cortical » puisse être inhibée tout au moins de ses effets par un phénomène de régulation psychologique.

Nous croyons donc pouvoir conclure que, chez notre malade, le trouble se déroule, non dans la sphère neurologique, mais dans la sphère psychologique (nous nous excusons de ce langage imprécis et de valeur purement limitative).

2° Mais il nous apparaît qu'on peut essayer de pénétrer plus avant dans le mécanisme du phénomène (mot employé dans un sens plus large que celui de « trouble »). Nous avons objectivement constaté des « mouvements ». Il faut alors se reporter à la psychophysiologie particulière de l'amputé du bras gauche, le moignon tombe normalement le long du corps, toute action positive consiste à le soulever vers le haut, la chute vers le bas est un phénomène de quasi-inertie. Il en résulte parallèlement pour la main collée au moignon des mouvements actifs de droite à gauche, passifs de gauche à droite.

Chez l'amputé, le caractère actif du soulèvement est une donnée quasi-neurologique. On peut admettre sans grand risque (cela reste cependant une hypothèse) que nous tenons là le motif du sens anormal de l'écriture automatique de notre sujet. C'est d'ailleurs la théorie traditionnellement admise en matière d'écriture en miroir du côté gauche, mais alors que nous ne possédons pas de preuve irréfutable des aptitudes motrices de la main gauche, celles du moignon sont beaucoup mieux établies. Nous constatons donc que le trouble psychique, dans ses manifestations, emprunte un phénomène neurologique : le mouvement et avec lui ses servitudes : pour manifester une influence, il choisit le mouvement « actif », par opposition au mouvement « passif ».

Une telle observation met en lumière le rôle véritable et la matière du « schéma corporel ». L'illusion d'amputé, ses manifestations chez un délirant, sont, somme toute, tout le contraire d'un trouble du schéma corporel ; il s'agit d'une de ses applications les plus pures par opposition aux seuls troubles authentiques réalisés par les phénomènes purement neurologiques d'anosognosie.

3° On doit insister sur la localisation élective sur le bras amputé. Deux arguments viennent à l'esprit : le bras fantôme était déjà utilisé par W... avant sa maladie pour « capter » les ondes ; le bras fantôme est, au sens d'Adler, un « organe inférieur ». C'est, pour beaucoup d'auteurs, un fait courant que cette localisation hallucinatoire sur une région corporelle lésée. Dans notre service, nous observons un malade traumatisé de guerre auquel des éclats d'obus ont sectionné le VII, IX, X, XI, XII, et qui, parfaitement aphone, perçoit dans son larynx inerte des injures prononcées par lui, sous l'influence des persécuteurs. On connaît la fréquence des hallucinations auditives chez le sourd.

Cette remarque nous fait sortir de la stricte considération neurologique et nous introduit dans le domaine de la préoccupation de « valeurs ». En fait, tout le délire (si nous comprenons sous ce terme le trouble global de l'individu), se développe sur ce plan des valeurs : confession, reproches d'adultère, de vol, perte des sentiments familiaux, etc., etc. L'apparence sociale de ces valeurs n'intervient, en réalité, que pour exprimer un trouble primitivement instinctif [au sens neuro-biologique (Monakow et Mourgue)].

4° Ce que nous avons dit du phénomène très précis qui a retenu notre attention peut, à notre sens, s'appliquer aux autres éléments séméiologiques relevés chez notre sujet. Comme nous l'indiquons plus haut, nombre d'entre eux, quoique ineffables et absolument inqualifiés dans la séméiologie psychiatrique (« nettoyage » du cerveau, etc.), sont caractérisés par l'utilisation motrice du schéma postural de nature neurologique au compte d'un phénomène dont la traduction la plus abordable est la croyance. La partie la plus générale de ces remarques portant sur des phénomènes psychomoteurs pourrait sans doute être appliquée aux hallucinations sensorielles.

L'idée du déterminisme organique, matériel, du trouble psychologique auquel nous nous référons nous apparaît comme un postulat sans lequel l'activité scientifique serait impossible.

De telles interprétations doivent évidemment leur orientation à la conception neurobiologique si féconde exposée par Monakow et Mourgue.

M. FERDIÈRE. — Il ne s'agit pas là d'une écriture en miroir *objective* et vérifiable, mais seulement d'un « délire d'écriture en miroir » : c'est du moins par cette expression, déjà métaphorique en elle-même, que M. Daumézon interprète les mouvements plus ou moins maladroits d'écriture que son malade décrit plus ou moins maladroitement au niveau de son membre fantôme.

M. Jean PICARD. — Ce n'est guère tant en soit l'écriture en miroir qui mérite une attention particulière que les mécanismes qui président à son élaboration. Un cas m'a récemment intrigué : Ce sujet, paranoïde actif, à activité graphique abondante (écrits et dessins), s'est mis inopinément à user de ce mode d'écriture jusqu'alors inconnu de lui. Il écrivait de la main droite et n'était pas gaucher, et au surplus alternait indifféremment l'écriture normale ou en miroir, conservant à cette dernière un caractère de dissimulation et lui conférant un certain ésoté-

risme. Pressé de questions, il finit par dire que cette écriture procédait d'une prétendue gêne fonctionnelle du bras droit, consécutive à un pseudo-traumatisme dont il n'existait aucune anamnèse.

En réalité, il faut voir, dans ces cas, à notre sens, une double activité de jeu et de perplexité délirante, se manifestant avec prédilection chez des sujets à tendances dissociatives, éprouvant des troubles d'élaboration psychique qu'ils expliquent en alléguant par projection des sensations d'apraxisme moteur. C'est pourquoi la majorité des cas d'écriture en miroir se rencontrent chez des hystériques ou des délirants schizophréniques.

**A propos de deux cas de tumeurs cérébrales à forme mentale prolongée, par MM. H. ROGER, M. ARNAUD et J. PAILLAS (Marseille).**

Depuis la thèse classique de Baruk la question des troubles mentaux dans les tumeurs cérébrales est restée à l'ordre du jour et a pris encore un plus grand développement depuis l'essor récent de la neuro-chirurgie.

Il faut distinguer deux ordres de faits : d'une part, ceux dans lesquels la nature même des troubles mentaux oriente vers un diagnostic de localisation cérébrale (syndrome frontal, syndrome temporal, hallucinose pédonculaire) et facilite la découverte d'une néoplasie, — d'autre part, ceux qui, n'ayant aucune symptomatologie psychique bien caractéristique, font supposer un syndrome psychopathique pur.

Dans ce dernier groupe, on peut reconnaître deux éventualités.

Dans la première, de beaucoup la plus fréquente, les troubles intellectuels à type dépressif précèdent de quelques semaines ou de quelques mois seulement, soit le syndrome hypertensif (1), soit un syndrome de localisation.

(1) Nous venons d'en observer encore récemment un exemple des plus typiques.

Un malade nous est présenté par son médecin traitant, fin novembre 1937, pour un syndrome d'asthénie physique et psychique récent, survenu sur un terrain anciennement déséquilibré à l'occasion de heurts familiaux nombreux. L'examen neurologique est complètement négatif. Nous concluons à un état psychasthénique. Nous attribuons à des troubles gastrohépatiques (non douteux) quelques céphalées vagues accompagnées une à deux fois de vomissements et nous rattachons à une hypotension à 9 un état lipothymique (?) passager survenu un an et demi auparavant. Nous perdons de vue ce malade. Nous apprenons qu'en octobre 1938, à Divonne, où il a été envoyé, on lui découvre un œdème papillaire, et qu'il a été ultérieurement opéré à Paris d'une tumeur de la fosse cérébrale postérieure.



Dans la seconde, c'est pendant des années que le syndrome mental évolue en apparence pour son propre compte et n'est rapporté à sa véritable cause qu'à une période ultra-tardive.

C'est sur cette forme que nous désirons attirer l'attention aujourd'hui.

En 1925, Toulouse et Schiff montrent que, si, bien souvent, une analyse plus attentive des signes cliniques aurait dû faire soupçonner la tumeur, dans d'autres cas il y a des « malades très bien observés chez lesquels n'était apparu, durant leur vie, aucun signe de tumeur, et qui auraient présenté seulement des troubles psychiques : on peut dire qu'il existe, à titre exceptionnel, des tumeurs cérébrales larvées à forme psychopathique ».

Dans un cas de Crouzon et Baruk (*Ann. Méd.-Psych.*, nov. 1927), un délire de persécution tout à fait caractéristique évolue pendant plus de 5 ans avant que des signes d'hypertension et de localisation n'orientent vers le diagnostic de tumeur cérébrale vérifiée à l'autopsie.

Claude et Baruk (*Ann. Méd.-Psych.*, janvier 1931) rapportent l'observation d'un malade, devenu schizomane depuis 7 à 8 ans, et chez lequel l'autopsie montre un gliome kystique du lobe temporal gauche.

Un malade de Larrivé et Mathon (*Ann. Méd.-Psych.*, mai 1936) présente, durant 9 ans, une série d'internements pour état mélancolique et préoccupations toujours hypocondriaques, lorsqu'un trouble visuel oriente enfin vers un méningiome de l'étage antérieur que précisent l'intervention et l'autopsie.

Plus récemment (*Soc. Méd.-Psych.*, 28 déc. 1936), Rondepierre et Cuel présentent la pièce d'un volumineux méningiome temporo-pariétal gauche s'étant caché durant de longues années sous le masque d'une psychose maniaco-dépressive.

C'est parmi ces formes mentales prolongées qu'il faut ranger, croyons-nous, nos deux observations personnelles.

OBSERVATION I. — *Angiome cérébral au cours d'une angiomatose cérébro-cutanée ; syndrome psychasthénique évoluant de façon solitaire depuis près de dix ans ; hémorragie cérébro-méningée au cours de la ventriculographie ; guérison neurologique ; mort subite* (1).

Cla. Marius, coiffeur, est âgé de 46 ans lorsqu'il entre à l'Hôtel-Dieu le 30 novembre 1935.

(1) La première partie de cette observation est résumée, car elle a déjà été publiée à la Société d'Oto-Neuro-Ophtalmologie du Sud-Est (in *Revue d'O.N.O.*, 1936, p. 667) : « Hémianopsie et hémiparésie par hémorragie cérébro-méningée après essai de ventriculographie pour angiomatose cérébro-cutanée ».

Il souffre, depuis huit à neuf ans, de troubles divers et tenaces qui l'ont fait considérer longtemps comme un psychasthénique.

Pendant les premières années, il se plaignait de douleurs lombaires assez vagues, de trémulations des paupières (à gauche surtout) qui le gênaient dans son travail, de troubles digestifs : aigreur, digestions difficiles ; il a l'impression d'un tremblement des extrémités apparaissant surtout dans les besognes délicates, mais qui ne s'extériorise pas à l'œil nu. Il éprouve quelques céphalées, des mouches volantes obscurcissent parfois son champ visuel.

Depuis deux ans, les troubles s'accroissent, la vue est gênée par des voiles passagers ; la fatigabilité, tant physique que psychique, est considérable. Des vertiges vagues, un sentiment d'insécurité, d'instabilité le rendent inapte à un travail suivi. Le sommeil est anormalement prolongé : levé à 9 heures, il se couche dès 7 heures du soir et fait une sieste d'une heure après le déjeuner. Les céphalées légères, mais de siège et d'intensité variables, sans propagation fixe, sont plus fréquentes depuis deux à trois mois.

Devant l'intensité et la persistance des troubles, divers examens sont pratiqués. C'est ainsi, qu'en désespoir de cause et malgré l'absence de tous signes organiques recherchés à diverses reprises et par divers médecins, l'on fait, le 26 mars 1935, une ponction lombaire qui montre un *liquide céphalo-rachidien* clair, dont la cytologie est normale, mais qui présente 80 cgr. d'albumine ; la réaction de Bordet-Wassermann est négative, tant dans le sang que dans le liquide céphalo-rachidien.

Le malade continue à se plaindre de troubles multiples : céphalées de siège variable et d'horaire inconstant, — vertiges mal définis mais continuels, avec appréhension de la marche, — crainte anxieuse de vaciller, — accentuation des troubles visuels, avec nuages passant devant ses yeux et gênant la lecture, — sifflements d'oreilles durant des heures, — asthénie considérable, — et parfois une impression de faiblesse du bras gauche.

L'examen neurologique est toujours parfaitement négatif, ainsi que l'examen ophtalmologique complet et les radiographies du crâne. Le métabolisme basal n'est pas modifié ; une interférométrie montre un dysfonctionnement léger de la thyroïde. Deux nouvelles rachicentèses de contrôle, pratiquées la même année, montrent toujours la même hyperalbuminose isolée.

Lors de l'hospitalisation, un examen minutieux permet cependant de mettre en évidence une très légère exagération des réflexes du bras gauche, un léger tremblement du membre inférieur gauche dans l'épreuve gynécologique, et, enfin, les petits signes cutanés d'une maladie de Recklinghausen : nævo-angiome assez étendu et légèrement saillant au niveau des 5<sup>e</sup> et 6<sup>e</sup> espaces intercostaux, nævus-plan de la nuque, quelques taches café au lait disséminées sur le thorax et les épaules, trois molluscum pendulum du bras droit.

Au cours de la *ventriculographie*, pratiquée le 12 décembre 1935

l'aiguille de ponction occipitale droite rencontre, à 4 ou 5 cm. de profondeur, une masse spongieuse qu'elle pénètre facilement. Du sang s'écoule alors goutte à goutte, comme si l'aiguille avait pénétré dans une veine. L'aiguille retirée, sur un trajet de 2 cm., laisse toujours s'écouler du sang. On laisse coaguler spontanément la dernière goutte (au bout de deux à trois minutes environ), puis on retire l'aiguille.

Le soir même, on constate une hémiplégie gauche flasque totale avec hémianopsie homonyme latérale gauche. Les jours suivants, on applique un casque porteur de radium sur la région pariéto-occipitale droite, et, le 5 février 1936, le malade quittait l'hôpital avec un très discret reliquat d'hémiparésie gauche et un rétrécissement hémianop-sique de son champ visuel.

Nous avons appris depuis que le malade était mort subitement en juin 1936, au cours d'une crise d'angoisse, alors que le syndrome psychasthénique tendait à s'atténuer.

*OBSERVATION II. — Neurinome des nerfs mixtes du trou déchiré postérieur ayant évolué pendant vingt ans comme un syndrome psychique pur ; découverte fortuite de la stase papillaire ; vérification opératoire et histologique.*

Dav. Pierre, 41 ans, entre le 23 décembre 1937 à la clinique neurologique pour épisode dépressif.

*Antécédents.* — Marié, deux enfants en bonne santé. Ethylisme et tabagisme considérables depuis six mois.

*Histoire.* — L'instabilité de sa vie et de son caractère faisant alterner les périodes d'activité et les épisodes dépressifs, paraît être la note prédominante. En 1914, la guerre survient alors qu'il préparait St-Cyr, mais sa carrière militaire paraît assurée, puisqu'il termine la guerre comme lieutenant. Cependant, il quitte l'armée et se lance dans les « affaires » ; tour à tour garagiste, courtier d'assurances, vendeur d'automobiles, employé, banquier, etc..., il échoue en 1936 à Marseille, après avoir habité successivement Paris, Nice, Avignon, Aix-en-Provence. En 1920, il s'est marié, a eu deux enfants, mais ne peut rester à son foyer, multipliant les aventures, si bien qu'en 1934 sa femme demande le divorce. Entre temps, il s'était attaché plus longuement à une maîtresse qui l'abandonne récemment alors qu'il est désargenté.

Depuis le mois d'août 1937, il est en proie à un épisode dépressif plus accentué : sans argent, sans situation, sans femme, ni foyer, guidé par un médecin de ses amis, il est recueilli dans notre service par charité.

Lors de notre examen, il reconnaît qu'il est instable depuis longtemps et qu'il mérite ses malheurs, car il n'a pas su « mener sa barque ». Depuis le mois d'août, il a versé dans l'alcoolisme, buvant une moyenne de quatorze « anis » chaque jour. Il pleure tout le temps, a voulu se suicider en prenant huit comprimés de véronal :

« Ma volonté est extrêmement forte, mais je n'ai jamais de continuité. » ; — « Je suis un paradoxe, aussi intelligent que bête, et toute ma vie n'a été qu'un mélange de maturité et d'enfantillage. » ; — « Depuis mon hospitalisation, je suis plus calme et ne pense plus à rien. »

En outre, le malade accuse des « migraines », calmées par la prise d'un cachet, depuis une vingtaine d'années. Vers 37 ou 38 ans, il est devenu sourd du côté droit.

L'examen neurologique et cérébral est complètement négatif, mise à part la surdité droite. La tension artérielle est de 17-11, ind. 4. Dans le sang, l'urée est de 0,50 ; la réaction de Bordet-Wassermann négative. Un traitement hygiéno-diététique anodin est alors institué, ayant pour base le sevrage d'alcool et le repos moral. Une amélioration sensible survient, les pleurs disparaissent et peu à peu le malade s'intéresse à la vie de la salle.

Dans la deuxième semaine de janvier 1938 survient une reprise de l'anxiété et surtout des céphalées. Au matin du 13 janvier, alors que notre ophtalmologiste, G. Farnarier, se trouvait dans la salle, dans un but de psychothérapie, pour marquer notre sollicitude au pauvre malade, nous faisons examiner son fond d'œil. C'est alors qu'à notre grande stupéfaction nous apprenons qu'il existe une *stase papillaire* considérable, et que l'acuité est de 2 à 3/10 O.G., l'examen oculaire était par ailleurs normal.

Reprenant les différents termes de l'histoire du malade, nous précisons : l'existence de céphalées plus violentes depuis une semaine, différentes des douleurs migraineuses anciennes, puisqu'elles siègent à la région occipitale ; — l'existence d'un épisode passager d'obnubilation visuelle survenu un an auparavant, ainsi qu'une baisse toute récente de l'acuité ; — l'absence enfin de vomissements, vertiges, parésie ou paresthésies.

Un nouvel examen neurologique minutieux et méthodique montre seulement un réflexe cornéen droit diminué et la surdité droite.

Ne voulant pas croire, malgré tout, au diagnostic de tumeur cérébrale ou d'hypertension intra-cranienne et pensant à une papillite, nous faisons une rachicentèse : liquide céphalo-rachidien clair, sous tension à 37, contenant deux grammes d'albumine, 0,8 lymphocytes, Bordet-Wassermann négatif.

La ponction lombaire avait nettement soulagé les céphalées.

Le 21 janvier, une *ventriculographie* est pratiquée : tension ventriculaire, 35 ; ventricules communicants et modérément, quoique nettement, dilatés.

A la suite de la ventriculographie et du sondage ventriculaire à demeure, les céphalées se sont calmées.

Pensant à une lésion de la fosse postérieure, on intervient par trépanation occipitale le 31 janvier (D<sup>rs</sup> Arnaud et Paillas). On découvre une *tumeur*, du volume d'un abricot, dure, occupant le trou déchiré postérieur droit, qu'elle avait érodé. Elle est développée aux dépens

des nerfs mixtes qui sont englobés ; elle refoule à gauche et en haut bulbe et cervelet. On fait un curetage avec aspiration prudente de la tumeur dans sa coque. L'opéré est replacé en bon état dans son lit. Décès par syncope brutale, sans aucun prodrome, douze heures plus tard.

*Examen histologique.* — Neurinome.

Si nous résumons les principaux points de ces deux observations, nous leur découvrons de nombreux caractères communs.

Le premier malade a, pendant longtemps, été considéré, en l'absence de tout symptôme objectif, comme un pur psychasthénique. Les examens cliniques et de laboratoire ayant été multipliés, c'est presque en désespoir de cause qu'une rachicentèse est pratiquée et révèle une dissociation albumino-cytologique du liquide céphalo-rachidien. Cette constatation incite à rechercher une néoplasie cérébrale et, dans ce but, nous explorons, comme nous en avons l'habitude systématique, les téguments pour découvrir les manifestations périphériques d'une maladie de Recklinghausen à localisation centrale. Cette recherche ayant été positive, nous conduit à l'hypothèse d'une tumeur centrale gliomateuse, ou plutôt angiomateuse, en raison d'un nævo-angiome cutané. Au cours de la ventriculographie, l'aiguille pénètre malencontreusement dans l'angiome, ce qui confirme le diagnostic au prix d'une hémiplégie transitoire. Après curiethérapie, le syndrome psychique s'améliore légèrement, mais le malade décède subitement quelques mois après.

Dans la seconde observation, le syndrome tumoral a été découvert de façon tout aussi fortuite. Il s'agit, en effet, d'un malheureux dévoyé, brisant situation et foyer, par manque de volonté et veulerie sociale, qui en arrive au suicide barbiturique après une déchéance progressive de 20 ans. Ayant manqué sa mort, il échoue dans notre Service. Le syndrome psychique paraît isolé, l'examen neurologique est parfaitement négatif. Pour lui marquer notre sollicitude, un jour où sa dépression paraît plus anxieuse, nous faisons examiner son fond d'œil. On découvre alors une volumineuse stase papillaire. Reprenant alors en détail les principaux points de l'observation, nous mettons en évidence des céphalées datant de 20 ans, cédant facilement aux antalgiques et une surdité droite apparue 3 ans auparavant. La ventriculographie devait montrer par la suite une hydrocéphalie interne modérée et conduire, sur la vue des clichés, au diagnostic de tumeur de la fosse postérieure. L'intervention confirme le diagnostic et permet l'ablation d'un neurinome très volumineux du trou dé-



chiré postérieur droit, englobant les nerfs mixtes, ce qui explique le peu de survie opératoire.

Dans ces deux observations, les troubles mentaux qui ont dominé la scène pendant de très nombreuses années, les font entrer dans ce qu'on pourrait appeler « les formes mentales prolongées ».

D'après les quelques observations publiées, on voit que les unes sont à forme sthénique, les autres à type dépressif, ces dernières réalisant plus ou moins, comme dans nos deux cas, un tableau se rapprochant de la psychasthénie.

On pourrait objecter la durée vraiment inusitée de certaines de ces tumeurs cérébrales à syndrome mental chronique. Mais l'on connaît bien, à l'heure actuelle, la très longue évolution durant 10, 15 ans et plus, de certains méningiomes, de neurinomes de l'acoustique, ou d'autres nerfs craniens, voire même de gliomes (cas personnel ayant évolué pendant 20 ans. *Soc. de Neurologie*, 5 mai 1938).

Nos deux cas, l'un d'angiome cérébral, l'autre de neurinome des nerfs mixtes, rentrent bien dans le cadre des tumeurs chroniques.

Une réserve cependant est à faire au sujet de la coexistence possible d'un état constitutionnel et d'une néoplasie intracrânienne. Pareille coïncidence peut fort bien se rencontrer, mais en pareil cas, il semble que la tumeur cérébrale soit susceptible de modifier et d'aggraver cet état constitutionnel.

C'est ainsi que concluent Rondepierre et Cuel dans leur cas où l'évolution psychiatrique s'est déroulée pendant une quarantaine d'années avec une longue rémission de quatorze ans. Pour ces auteurs, les premiers troubles mentaux étaient dus à une psychose périodique qui paraît avoir changé de caractère, se transformant en une démence paranoïde une dizaine d'années avant l'exitus, très vraisemblablement sous l'influence de l'apparition du néoplasme.

Dans l'observation de Claude et Baruk, les auteurs discutent l'importance du terrain et du facteur cérébral. En raison des antécédents héréditaires assez chargés et du début vers l'adolescence, ils concluent à un état schizomaniacal constitutionnel, mais nettement aggravé par le développement de la tumeur qui a certainement mis plusieurs années avant de s'extérioriser.

On pourrait peut-être se poser la même question du terrain pour notre malade de l'observation II et se demander s'il ne s'agit

pas d'un déséquilibre constitutionnel. Toutefois ce déséquilibre ne paraît pas s'être manifesté comme d'habitude dès l'adolescence. En tout cas, pour notre premier malade, son état psychasthénique ne s'est développé que tardivement et relève certainement de la tumeur.

M. GOURIOU. — Il y a des tumeurs cérébrales vraiment muettes. Témoin le cas d'un soldat qui, en pleine activité de service comme observateur en ballon, fut pris d'étourdissements, fut évacué avec des troubles mentaux pris pour de la démence précoce de la simulation. Pendant l'interrogatoire, il se mit à uriner cyniquement devant moi. Et comme anomalie principale, on notait une pâleur extrême de son visage. Il mourut rapidement et, à l'autopsie, on trouva une tumeur de l'hémisphère gauche intéressant le corps calleux et envahissant le lobe frontal de l'hémisphère opposé.

M. ERNST. — J'ai vu, pendant plusieurs années, où on l'avait envoyé comme douteur et phobique, un malade atteint de tumeur cérébrale. Comme anomalie principale, on notait, au point de vue psychologique, une jovialité paradoxale, car sa situation familiale était extrêmement pénible. Comme trouble physique, sa sœur nous signala la marche zigzagante qu'il imprimait à l'automobile qu'il conduisait et son incapacité de prendre correctement les virages, au cours d'un voyage dans les Alpes. Il fut examiné par Alajouanine, Clovis Vincent et d'autres. Il avait de l'œdème papillaire et de l'hypertension du liquide céphalo-rachidien. On l'opéra et l'on trouva un kyste dont la ponction fit jaillir 60 cm<sup>3</sup> de liquide.

M. MARCHAND. — Les troubles mentaux, quoique fréquents au cours des tumeurs cérébrales, n'en constituent qu'un des éléments syndromiques. Comme les présentateurs viennent de l'exposer, ils peuvent revêtir des formes très diverses. Le psychiatre est mieux placé que le neurologue pour observer les syndromes psychiques initiaux des tumeurs. Tous les cliniciens sont d'accord pour reconnaître la difficulté de ce diagnostic.

Dans les services psychiatriques, les cas de tumeurs intracrâniennes sont rares. Dans un ouvrage actuellement sous presse, au chapitre des troubles mentaux en rapport avec les tumeurs cérébrales, je signale que, sur 573 autopsies pratiquées en dix ans à l'Hôpital Henri-Rousselle (service ouvert), j'ai trouvé 36 tumeurs intracrâniennes, soit dans 6,2 % des autopsies. Ce

pourcentage est certainement bien plus élevé que celui des hôpitaux psychiatriques (services fermés), en raison de la facilité d'admission des malades présentant des troubles mentaux à début récent et à évolution rapidement mortelle. Cette rareté entre en ligne de compte dans la difficulté du diagnostic, car on a plutôt une tendance à attribuer les psychopathies à des causes plus communes.

Le début des manifestations tumorales par un syndrome psychasthénique est rare. Sur 48 cas, je ne le trouve qu'une seule fois. Il s'agit d'un sujet observé avec Schiff ; nous avons publié son cas sous le titre : tumeur cérébrale (glioblastome) avec syndrome psychasthénique initial (*Encéphale*, 1926). Le syndrome mental ne consistait pas en un simple état dépressif, mais revêtait les caractères d'un syndrome psychasthénique simulant une forme constitutionnelle. Ce sujet, qui était auparavant énergique, rapide dans ses actes, était devenu scrupuleux, douteur, indécis. Ce malade fut traité pendant dix-huit mois pour neurasthénie avant l'apparition d'autres symptômes de tumeur cérébrale, en particulier de l'état de torpeur psychique avec confusion qui nécessita l'hospitalisation à l'Hôpital Henri-Rousselle. Ce sujet était atteint d'un glioblastome du genou du corps calleux s'étendant dans le centre ovale des lobes frontaux.

La conclusion est que, pour établir le diagnostic des tumeurs cérébrales, la constatation et la forme des troubles mentaux ne jouent qu'un rôle effacé ; il s'agit de manifestations inconsistantes, mobiles et variables. Le moindre signe neurologique, humoral ou radiologique est plus important.

M. GUIRAUD. — La statistique de M. Marchand me surprend un peu. J'estime qu'il ne faut pas exagérer la fréquence des tumeurs cérébrales dans les hôpitaux psychiatriques. Je sais bien que certains neuro-chirurgiens écrivent qu'il y a des quantités de tumeurs cérébrales méconnues dans les asiles. Même si l'on croit qu'un psychiatre n'est pas capable de diagnostiquer une tumeur cérébrale, on peut admettre qu'il sait les reconnaître à l'autopsie. Or, sur près de mille autopsies que j'ai pratiquées dans les asiles, je n'ai trouvé que 6 ou 7 cas de tumeurs, dont une seule n'avait pas été diagnostiquée. Cette dernière était une métastase d'une tumeur hépatique.

M. DIDE. — Sur 1.500 autopsies, je n'ai trouvé que 3 tumeurs cérébrales méconnues.

M. M. LECONTE. — Les précisions apportées ici par MM. Dide et Guiraud sont rassurantes, car le chapitre de leur traité de psychiatrie consacré aux tumeurs cérébrales semblait indiquer une bien plus grande fréquence.

M. GUIRAUD. — Nous avons écrit avec Dide qu'il y avait, dans les asiles, un nombre « non négligeable de tumeurs cérébrales à manifestations neurologiques habituellement discrètes ».

M. RONDEPIERRE. — Depuis mon observation des *Annales médico-psychologiques*, à laquelle vient de faire allusion M. Roger, j'ai eu l'occasion d'observer trois tumeurs cérébrales dont les symptômes psychiques furent la première manifestation.

Le cas le plus récent est celui d'une femme porteuse d'une hémiplégie prétendue hystérique (!) avec aphasie ; le fonds d'œil était normal ; malgré l'intervention chirurgicale pratiquée à la Pitié, quelques jours après son entrée dans mon service, la malade décéda.

Un deuxième cas concerne une vieille femme présentant de l'affaiblissement intellectuel, ce fut une trouvaille d'autopsie.

Un troisième cas concernait un homme d'une soixantaine d'années qui faisait des ictus à répétition avec confusion mentale que l'acétylcholine faisait disparaître chaque fois très rapidement ; à l'autopsie, on trouva une volumineuse tumeur du cerveau.

**Syndrome psycho-polynévritique de Korsakoff déclenché au cours d'une suppuration pulmonaire par des injections intra-veineuses d'alcool, par MM. H. ROGER et J. BOUDOURESQUES (de Marseille).**

L'on connaît l'origine habituelle du syndrome de Korsakoff qui apparaît surtout chez les éthyliques, parfois à l'occasion d'une infection intercurrente.

Très nombreux sont cependant les exemples dans lesquels l'infection est seule en cause, sans que celle-ci évolue sur un terrain alcoolique.

C'est une observation de ce genre que nous désirons publier aujourd'hui, à cause, d'une part, de la nature de l'infection causale (suppuration pulmonaire), qu'on trouve rarement signalée dans l'étiologie des polynévrites, et à cause du facteur déclenchant, injections intraveineuses d'alcool pratiquées dans un but thérapeutique.

Mme Gan., âgée de 39 ans, est vue par l'un de nous, le 15 juin 1938, dans un village des Bouches-du-Rhône, en consultation avec son médecin traitant.

*Histoire de la maladie.* — Le 23 février 1938, Mme Gan. présente une congestion pulmonaire d'allure un peu bâtarde, qui s'accompagne bientôt, d'une part, d'une légère réaction pleurale (liquide de ponction clair et stérile), et, d'autre part, d'une expectoration abondante (150 à 200 cc.), de crachats purulents, non fétides.

Un médecin consultant diagnostique un *abcès pulmonaire*, vérifié ensuite par une radiographie qui le situe au tiers moyen du poumon droit. Il prescrit des injections intra-veineuses de 10 cc. d'alcool à 33 %, à raison de deux par semaine.

Dès les premières injections d'alcool, vers le 10 avril, la malade présente à peu près en même temps quatre ordres de symptômes : des *vertiges* violents, — une *diplopie* nette avec strabisme interne de l'œil gauche qui dure une huitaine de jours, — des *douleurs* des quatre *membres*, à type d'agacement et de crampes, prédominant aux membres inférieurs, où elles s'accompagnent de *parésie* (pieds tombants, station debout impossible), — des *troubles psychiques* à type de fabulation et d'amnésie pour les faits récents, sans hallucinations visuelles ni auditives. Un traitement par la vitamine B est institué.

L'état fébrile persiste, ainsi que l'expectoration abondante. Le foie devient volumineux. La dénutrition s'installe et s'accompagne de muguet. L'examen des crachats montre des pneumocoques sans bacilles de Koch ; les séro-diagnostic de Widal et de Wright sont négatifs, ainsi que le Bordet-Wassermann du sang. L'azotémie est à 0,25.

L'intervention est décidée et réalisée le 13 mai 1938 : opération en deux temps, sous anesthésie locale ; cloisonnement de la plèvre, puis évacuation de l'abcès et drainage. L'expectoration cesse et les suites opératoires sont normales.

Vers le début de juin, aux troubles psychiques déjà décrits s'ajoute un syndrome anxieux. La malade, jusqu'alors docile, devient irritable et commence à ne plus vouloir s'alimenter.

Ramenée chez elle le 8 juin, elle continue à refuser de temps à autre l'alimentation, serrant les dents quand on veut la faire prendre. Elle est agitée le jour comme la nuit, veut toujours qu'on la lève et, aussitôt après, qu'on la recouche. Elle a des envies fréquentes d'uriner sans raisons appréciables. Elle se met en colère pour un rien, insulte ses proches, puis le regrette, demande un fusil pour chasser sa mère.

*Antécédents.* — Pas de maladies antérieures. Deux enfants, âgés de onze ans et quatre ans, en bonne santé. La malade a toujours été assez volontaire et nerveuse, mais sans avoir jamais présenté de troubles psychiques véritables. Pas d'éthylisme.

Au point de vue héréditaire, sa mère a eu des crises de « neurasthénie » pour lesquelles elle a dû être isolée en maison de santé et



est toujours restée nerveuse. Une cousine germaine est soignée pour « les nerfs ». Une sœur est légèrement nerveuse.

*Examen.* — Quand nous sommes appelés, le 13 juin, par le médecin traitant, en raison de cette aggravation des troubles psychiques, nous nous trouvons en présence du tableau suivant :

*Intellect.* — En dehors de l'anxiété et de l'irritabilité précédemment décrites, nous constatons une amnésie considérable concernant les faits récents. La malade ne se rappelle rien de sa maladie ; elle fabule à tout bout de champ : « Elle est allée hier se promener avec son enfant. » ; « Elle n'a pas vu son mari depuis 15 jours. » Si on lui demande pourquoi elle est allée dans une clinique : « C'est qu'elle a eu un accident d'auto, ainsi que son mari. » Elle ne sait pas actuellement si elle est chez elle ou dans une maison de santé. Elle a des interprétations à base d'anxiété : « Une araignée au plafond est pour elle un monstre. » ; un obus d'oxygène est « un instrument qui lui fait peur ».

*Système nerveux : membres inférieurs.* — Parésie prédominant actuellement à la racine : difficulté à tenir la position gynécologique. Dans la station debout, tendance à l'effondrement ; soutenue, la malade peut faire quelques pas sans stepper, mais en lançant les jambes. Pas de troubles sphinctériens. Réflexes achilléens et rotuliens abolis. Plantaires en flexion.

Douleur à la pression des masses musculaires, du tendon d'Achille, de la plante du pied. Lasègue bilatéral à 60°. Pas de troubles objectifs de la sensibilité.

*Membres supérieurs.* — Pas de troubles moteurs, sensitifs ni réflexes.

*Face.* — Pas de paralysie oculaire. Pupilles égales, régulières, contractiles. Audition normale. Pas de raideur de la nuque, ni du tronc.

*Examen somatique.* — Assez bon état général. Apyrexie, mais tachycardie à 120. Hypotension persistante à 10 1/2-7. Plaie opératoire en bonne voie de guérison, laissant écouler peu de pus et pansé abondamment à l'iodoforme.

Nous nous demandons si cet antiseptique n'a pas été une des causes de l'accentuation des troubles psychiques récents, et nous décidons de le faire supprimer. Nous prescrivons des sédatifs du système nerveux, la continuation du traitement par la vitamine B et l'isolement de la malade, qui, d'ailleurs, n'a pas été réalisé.

La malade est venue nous revoir vers la fin décembre 1938. Son anxiété a rapidement disparu, ainsi que l'irritabilité. Elle a commencé à marcher vers le mois d'août et, progressivement, elle est arrivée à faire jusqu'à deux kilomètres. Elle commence à s'occuper de son ménage.

Elle ne se plaint plus de faiblesse des membres inférieurs, mais

d'une certaine instabilité de l'équilibre, surtout dans la mise en train, en particulier en descendant de l'auto.

Au point de vue psychique, elle ne fabule plus, mais elle présente encore de légers troubles de la mémoire. Non seulement, elle ne se rappelle plus rien de sa maladie, mais, surtout à l'approche des règles, elle a quelque difficulté à fixer les souvenirs récents, en particulier en ce qui concerne la notion de temps ; elle se souvient avoir fait telle chose, mais ne sait dire si c'est la veille ou s'il y a deux ou trois jours. Le sommeil est bon, sans cauchemars.

La malade a dépassé de 6 kilogr. son poids habituel.

A l'examen, la démarche est légèrement hésitante à cause d'une sensation vertigineuse vague ; il n'y a pas de dysmétrie ; le Barany de l'index est normal, mais il existe un léger Romberg et quelques secousses nystagmiformes dans le regard latéral.

La force segmentaire des membres inférieurs est, dans son ensemble, bonne, mais il persiste encore un reliquat parétique du côté de la racine : légère difficulté du redressement dans la position accroupie, du passage de la position couchée à la position assise et de la position assise à la station debout. Parésie discrète des muscles extenseurs du tronc, contrastant avec l'intégrité des fléchisseurs.

Les réflexes rotuliens et achilléens sont toujours abolis. Les plantaires sont en flexion.

La pression des masses musculaires et des tendons est légèrement douloureuse, sans qu'il y ait cependant de Lasègue. Pas d'atrophie musculaire.

Aucun signe du côté de la face.

Cœur normal. Pouls 90. Tension artérielle : 12 1/2-8. Auscultation pulmonaire de la base droite normale. Urines : ni sucre, ni albumine.

*Traitement.* — Strychnine à doses progressives.

*En résumé :* une suppuration pulmonaire à pneumocoques, consécutive à une congestion pulmonaire, est suivie de l'apparition d'un syndrome de Korsakoff assez typique : polynévrite sensitivo-motrice prédominant aux membres inférieurs et troubles psychiques à type de fabulation et d'amnésie de fixation, d'illusions et de désorientation dans le temps et l'espace. Ce syndrome évolue en quelques mois vers la guérison, tout en laissant une aréflexie persistante, une légère difficulté dans la fixation des souvenirs dans le temps.

Comme particularités de notre observation, signalons AU POINT DE VUE SYMPTOMATIQUE : la prédominance relative des troubles parétiques à la racine des membres inférieurs qui pourrait faire rentrer ce cas dans le type des *polynévrites pseudomyopathiques*, — la localisation, dès le début, à certaines paires craniennes

(*paralysie transitoire du VI gauche*, de quelques jours de durée ; vertiges intenses dès le début, qui ont laissé, plusieurs mois après, un reliquat discret de troubles de l'équilibre et quelques secousses nystagmiformes et qui signent une *atteinte du VIII*), — l'adjonction au syndrome psychique classique, à une certaine période de l'évolution, d'une irritabilité et d'une *anxiété* anormales, que nous avons pensé devoir mettre sur le compte de l'intoxication provoquée par les pansements de la plaie à l'iodoforme, mais qui relevait également aussi du terrain psychopathique héréditaire de la malade.

Insistons surtout sur les *circonstances étiologiques*.

A notre connaissance, il est tout à fait exceptionnel de voir une polynévrite, ou un syndrome de Korsakoff, survenir à l'occasion d'une *suppuration pulmonaire*, tout au moins sans éthylisme important préalable.

Nous ne trouvons dans la littérature qu'une observation un peu analogue de Laignel-Lavastine et Georges (*Soc. méd. hôp. Paris*, 1<sup>er</sup> juillet 1932) concernant une polynévrite apparue un mois après le début d'une suppuration pulmonaire, ayant persisté plus d'un an. Malgré l'existence d'un éthylisme léger antérieur, il nous semble, avec Laignel-Lavastine, que le syndrome nerveux a une cause toxi-infectieuse d'origine pulmonaire.

Les mêmes auteurs disent avoir observé une dilatation bronchique avec expectoration abondante, s'accompagnant d'une polynévrite des membres inférieurs, rapidement généralisée aux membres supérieurs et terminée par la mort par atteinte du X.

Nous soulignons enfin les circonstances qui paraissent avoir déclenché le début à peu près simultané des troubles psychiques et des troubles névritiques.

Ceux-ci ont apparu immédiatement à la suite des premières injections intraveineuses de 10 cc. d'alcool à 33 % destinées à désinfecter et à assécher la suppuration pulmonaire.

Il ne nous paraît pas s'agir d'une simple coïncidence, car cet appoint éthylique est plus susceptible que l'infection elle-même d'expliquer la participation, d'emblée, des nerfs craniens, en particulier du labyrinthe, si sensible à ce poison.

Comme l'un de nous y insiste déjà, depuis de nombreuses années, il faut souvent plusieurs facteurs étiologiques pour réaliser une polynévrite. Celles-ci sont souvent caractérisées autant par leur polyétiologie que par leur polylocalisation (1).

(1) Cette notion a été longuement développée par l'un de nous (J. Boudouresques), dans son travail sur *Les Polynévrites*, 530 p., Doin, édit., 1938, sous la direction de son Maître.

Remarquons cependant, qu'à l'inverse de notre cas, la polynévrite, dans l'observation de Laignel-Lavastine et Georges, a, au contraire, paru rétrocéder à la suite des injections d'alcool, lorsque cette thérapeutique, instituée il est vrai au bout d'un an, a pu tarir la suppuration pulmonaire.

M. GUIRAUD. — Je pratique couramment l'injection intra-veineuse d'alcool à 20 % à raison de 5 cm<sup>3</sup> d'une solution sucrée, contre les pneumonies et bronchopneumonies des vieillards principalement. J'obtiens souvent d'excellents résultats et jamais je n'ai rien constaté de comparable. Aussi hésitai-je beaucoup à attribuer à l'injection d'alcool reçue par le malade en question, les phénomènes polynévritiques qui suivirent.

### De l'athymhormie à la discordance, par M. Maurice DIDE

L'actuel exposé répond à l'intervention de M. Vié (1) et à la remarque de mon ami Guiraud souhaitant la réouverture de ce débat. Ce dernier fut avec moi le parrain de l'athymhormie ; la doctrine qui nous inspira et la dénomination adoptée seront défendues des points de vue de la psychologie, physiologie et anatomie pathologiques, pour aboutir à une délimitation nosographique.

I. *Psychologie pathologique.* — Ayant choisi la psychologie pathologique comme guide dans le groupe envahissant des schizophrénies, M. Vié semble, dans le domaine intellectuel, croire à une fonction directrice et coordinatrice qui, compromise, conduirait à la discordance et à la dissociation mentale. Cette conception, si elle est défendable, ne peut l'être qu'aux périodes avancées de la maladie.

Les tentatives, pour rattacher les symptômes catatoniques à des boucles, courts-circuits ou ruptures, survenus dans les associations inter ou transcorticales, échappent à la précédente critique, mais en suscitent d'autres. On a voulu assimiler aux agnoso-apraxies les ambivalences, substitutions, anticipations, fadings (Guiraud), bloquages, dévidements de la pensée, dysmimies, persévérations, stéréotypies, itérations, paradoxalismes gestuels, impulsions motrices.

(1) Vié. — *Ann. Méd.-Psychol.*, 1938, p. 789 et 793.

Pfersdorff étudie les déformations verbales délirantes sous le nom de schizophasies, par analogie avec les aphasies classiques.

D'autre part, Ehrenwald, Mayer-Gross, de Morsier, identifient les déréalisations et dépersonnalisations psychopathiques aux syndromes d'aschématisation corporelle, anosognosie, asymbolie tactile sans amorphognosie, etc...

J'ai montré ailleurs (1) l'impossibilité d'assimiler la dépersonnalisation, symptôme acénesthésique essentiel, à la perte du schéma du corps, phénomène agnoso-sensoriel.

Sans plus d'apparence de preuve, on confond les aberrations délirantes du langage avec les déficits agnoso-aphémiques.

Comparer les signes de la série catatonique aux apraxies idéomotrices peut offrir les avantages didactiques des exposés par analogie, à condition de souligner la différence de nature entre les deux phénomènes.

Quant à la superfonction de concordance psychique, elle évoque fâcheusement le souvenir de certain super-centre O, justement oublié.

Pour Jung, psychasthénie et schizophrénie sont termes synonymes. Sans partager cette opinion, on peut admettre que l'étude de la psychasthénie constitue une bonne introduction à celle de l'athymhormie.

Janet (2) considère, comme symptôme cardinal de psychasthénie, *la perte de la fonction du réel liée à un fléchissement de la tension psychologique* (qui correspond au défaut d'élan vital de Bergson). L'intuition du réel (objectif et subjectif) étant défaillante, il en résulte une impression de personnalité et d'activité artificielles, factices et d'un monde sans réalité. De la dépersonnalisation dérive une incapacité de se situer dans *l'actuel* ; elle efface ou amenuise la durée subjective et l'encombrement personnel. Elle conduit à des méditations angoissantes sur l'être et le non-être, l'infini et le néant, l'éternel et l'actualité inexistante. C'est au point que M. Janet se demande spirituellement si les spéculations métaphysiques ne seraient pas inspirées par un peu de psychasthénie. Il souligne d'ailleurs que ces défaillances du comportement pragmatique et concret contrastent avec l'intégrité des fonctions rationnelles et syllogistiques.

(1) Maurice DIDE. — A propos du rapport de De Morsier au Congrès O.R.N., Bordeaux, 1938.

(2) P. JANET. — Les Névroses. 1 vol., Flammarion, 1914 et Les troubles de la personnalité sociale. A.M.-P., 1937, II, p. 421-468.



Si maintenant nous tentons de dégager de la symptomatologie athymhormique l'accessoire, nous la verrons se dépouiller d'abord des fléchissements intellectuels surajoutés, puis des troubles de l'association des idées, des automatismes perceptifs, voire même des expressions de la série catatonique, pour ne laisser comme essentiel qu'un désintérêt affectif généralisé, entre-coupé de raptus paradoxaux. Et, devant ce tableau, on éprouve l'impression du déjà vu en y découvrant les traits accentués du psychasthénique.

Choisissons donc, comme terme de passage, les formes dépouillées, comme la démence précoce simple de Morel, peu utilisable en raison de l'analyse psychologique rudimentaire, ou la *xénopathie athymhormique* (1), où nous ne relevons que l'étrangeté subie, l'inadaquation au réel, la possession et la dépossession ; nous y retrouvons la *dépersonnalisation acénesthésique* de Sollier et Courbon, la *dévitualisation du réel* de Mouchet, reprise par Gorriti, la *déréalisation* de Malpother et même le syndrome de reniement de P. Schiff et en résumé tous les syndromes psychologiques apparentés à la psychasthénie.

Nous devons ajouter aux signes précédents le flottement dans les intuitions directes *Etendue et Durée* (2), qui joueront un rôle important dans l'aspect diffusé du délire, puisque les cadres fondamentaux de la conscience sont désassemblés. On méconnaît souvent ces impressions de rapetissement et d'extension fabuleuse du corps qui, d'imperceptible qu'il était, arrive à toucher les étoiles pour retomber en pluie sanglante ; on néglige ces souvenirs pseudo-oniriques qui évoquent des morts et des résurrections successives, de même que cette inexistence, enfin, qui pourtant se poursuit des milliards d'années. De pareils malades, sachant la date exacte, s'attribuent l'âge du début de la maladie mentale. Tout cela n'attire pas l'attention lorsqu'on envisage les troubles associatifs comme des anomalies intrinsèques de la cohérence et de la concordance rationnelles, alors que c'est à un étage inférieur, dans la *capacité d'expansion instinctive*, que nous devons rechercher la *faiblesse initiale*. Notre doctrine se rattache à celles de philosophes comme Spinoza et Bergson et de biologistes comme Bichat, Bordeu, Lamarck.

(1) DIDE et REZAI. — *Comptes rendus de l'Acad. des Sciences de Toulouse*, 1935, p. 139-348.

(2) DIDE. — Désorientation temporo-spatiales. *Journal de Psychol.*, 1929, p. 410-424 et *Acad. des Sciences Toulouse*, 1931, p. 243-255 et *Encéphale*, 1938, n° 5, vol. 2, p. 276-294 et *R.N.*, juin 1938, n° 6.

Ce schéma psychologique, bien que simplifié à l'excès, nous apporte pourtant des données substantielles : un fléchissement de l'élan biologique vers la conscience tarit les intuitions essentielles d'étendue, de durée et de personnalité ressenties, mais non symbolisées, sans que les mécanismes intellectuels, rationnels, syllogistiques, soient initialement et même foncièrement compromis.

Ce fait, s'il rapproche psychogénétiquement l'athymhormie de la psychasthénie (que d'autres disciplines différencieront), permet d'établir la frontière qui sépare l'athymhormie des agénésies et involutions intellectuelles, d'une part, et de l'autre, des psychoses caractérisées par une hypertrophie de la personnalité.

II. *Physiologie pathologique.* — Une fonction n'est pas nécessairement délimitée par un organe et, si la fonction est générale, elle suppose le groupement des commandes au niveau d'un carrefour neuro-végétatif régulateur ; telles sont les fonctions glycogénique, trophique, respiratoire, thermique, hypnique, et, d'une façon plus générale, ce que j'ai appelé en 1906 la *Fonction de défense* à propos d'une étude sur le sang chez les aliénés.

Le paradoxalisme variable de la régulation vitale se révèle chez l'athymhormique de façon multiple. Oscillations de la formule hémoleucocytaire, variations de l'alexine, modifications des propriétés biologiques du sérum, crises de saprophytisme bactérien, ne sont que les expressions diverses de variations rémittentes de la *fonction de défense* chez certains aliénés et en particulier chez les athymhormiques. J'ai peu à ajouter aux travaux publiés depuis plus de 30 ans seul ou avec Sacquépée, Chenais, Trepsat, Durocher, entre autres. Les oscillations de la fonction neuro-végétative comprennent : pseudo-œdème, infiltrations pseudo-phlébitiques, bradycardie, tachycardie survenant par accès évoquant le mauvais fonctionnement thyroïdien. Des crises sudorales, sialhorréiques, séborrhéiques, souvent régionales, l'acrocyanose, la gangrène des extrémités à répétition, les alternatives d'obésité et de cachexie, témoignent d'aberrations de la trophicité, tandis que des poussées hypothermiques, l'anurie succédant à la polyurie, l'insomnie temporairement irréductible, traduisent des excitations inopportunes provenant de la région tubérienne.

A côté des désordres caractérisés dans la régulation végétative, on a signalé chez nos malades des anomalies endocriniennes. Les oscillations fonctionnelles thyroïdiennes, surrénales, hypophysaires, épiphysaires, voire des îlots de Langerhans, ne dépen-

dent certainement pas de lésions glandulaires primitives : M. Laignel-Lavastine confirmera sur ce point mon opinion.

En ce qui concerne les glandes sexuelles, je crois avoir établi l'existence d'une lipodystrophie des cellules interstitielles, malgré l'intégrité de la spermatogénèse.

Le système autonome se trouve donc atteint de bonne heure et durant toute l'évolution athymhormique. Les incapacités compromettent la fonction de défense, conditionnent les troubles sécrétoires et métaboliques énumérés ; elles entraînent des phénomènes de bascule dans les glandes vasculaires sanguines et permettent de conclure à une désorientation généralisée du système endocrino-végétatif, compatible cependant avec une survie prolongée.

III. *Anatomie pathologique.* — Quand l'anatomie pathologique considéra, en psychiatrie, autre chose que la paralysie générale, on chercha tout naturellement dans les cellules corticales l'explication des psychoses.

Cette voie suivie, à peu près exclusivement jusqu'à nos jours, fut d'ailleurs féconde en résultats en ce qui concerne la confusion mentale, les agénésies et les démences vraies.

La lipodystrophie corticale, comme l'ont établi les travaux de Tay-Sachs, Spielmayer, Bielchowsky, Oatmann, Batten, et les nôtres avec Frenkel, Guiraud et Ludo van Bogaert, constitue la lésion spécifique de certains syndromes familiaux ; est-elle également la cause de la démence précoce ? Telle était la thèse brillamment soutenue par Klippel et Lhermitte à propos de leur *démence neuro-épithéliale*.

Deux objections massives ont brusquement interrompu la carrière de cette doctrine séduisante. Ce qu'on qualifie de démence précoce *n'est pas* une démence, car les déficits intellectuels y sont secondaires et accessoires. Quant à la floculation lipodique neuro-cellulaire, elle n'est ni précoce ni fréquente dans l'hébéphrénie.

Afin de contrôler mes propres recherches, j'ai prié L. Van Bogaert de me renseigner sur l'état de la corticalité dans une dizaine de cas d'hébéphrénie incontestable. Mon savant collaborateur a bien voulu accepter cette tâche ingrate et, après plus d'un an de travail, il m'a déclaré ne trouver aucune dystrophie lipoïdienne anormale dans les cellules pyramidales. Celle qu'on découvre est en rapport avec l'âge.

Contrairement à ces résultats négatifs, l'étude des syndromes diencephaliques par lésions circonscrites ouvre une voie féconde.

C'est ainsi, par exemple, que l'encéphalite léthargique associera la rigidité musculaire et les troubles du sommeil à des troubles mentaux comparés à la folie des actes mais qui parfois rappellent l'athymhormie simple.

Dans le *syndrome pédonculaire* décrit par Kleist, Lhermitte et Abessar, Ludo Van Bogaert, l'hallucinoïse visuelle et le phénomène de déréalisation figurent au premier plan.

Nous avons décrit dans une lésion tubérienne tuberculeuse propagée aux pédoncules cérébral et cérébelleux, à côté du syndrome neurologique (insomnie, polyurie, polydypsie, excitation sexuelle), un tableau mental d'agitation catatonique incoercible (1).

Orientées dans ce sens nos recherches ont décelé, dans plusieurs cas de syndrome athymhormique avec pseudo-paraplégie en flexion, une *méningite chronique* du diencéphale propagée par plaques aux méninges médullaires (2).

A la suite de ces faits positifs des examens méthodiques de la cytologie du système végétatif (3) et de la gliose réactionnelle (4) furent pratiqués sur une centaine d'athymhormies et fournirent les résultats suivants :

A) Nos premières recherches ont porté sur *les cellules sympathiques* de la chaîne ganglionnaire et en particulier sur celles du ganglion cervical supérieur. Vigouroux et Laignel-Lavastine avaient antérieurement étudié le ganglion solaire.

En même temps qu'une poussée de pseudo-hypertrophie cellulaire avec amitoses fréquentes (5), on observe, dans les prolongements, un aspect parfois éléphantiasique. Puis l'involution se produit par étranglements donnant aux prolongements l'aspect de grains de chapelet ; enfin la cellule perd jusqu'aux trois quarts de son volume et les prolongements deviennent filiformes (6). Nous n'avons jamais noté la floculation lipique qui caractérise la dégénérescence de Schaffer.

(1) DIDE et DENJEAN. — Syndrome hébéphrénique et plaque de méningite tuberculeuse de la région tubérienne. *Encéphale*, 1931, n° 3, p. 181-197 ; DIDE. — Anomalies morphologiques de la moelle chez certains hébéphréniques. *R.N.*, 1936, n° 6.

(2) DIDE. — Pseudo-paraplégie en flexion hébéphrénique. *R.N.*, juillet 1929.

(3) DIDE. — Les cellules végétatives mésocéphaliques dans les maladies constitutionnelles. *C.R. Soc. Biol.*, 14 décembre 1935 ; et Les syndromes hypothalamiques et la psychogénèse. *R.N.*, juin 1934, n° 6.

(4) DIDE. — Aspect de la gliose sous-optique dans ses rapports avec les étapes des syndromes hébéphréniques. *Ann. Méd.-Psych.*, 1936, n° 3.

(5) DIDE. — Division amitotique des cellules des centres de l'encéphale médian. *R.N.*, juin 1934, n° 6.

(6) DIDE. — Lésions des cellules sympathiques dans les lésions des psychoses chroniques. *R.N.*, juin 1926, n° 6.

Les *cellules végétatives pigmentées* diencéphaliques subissent des modifications à peu près identiques ; on y voit toutefois l'association de deux aspects contradictoires car l'involution atrophique est précédée d'un état d'infantilisme caractérisé par l'hypopigmentation et la survivance de grains safranophiles dans des éléments qui, normalement, n'en contiennent pas après la puberté.

Les *cellules du groupe vésiculeux* (1) que nous avons décrites sont surtout lésées lorsque les signes de dévitalisation sont accentués.

Quant aux *modifications névrogliales*, elles doivent être interprétées avec circonspection car l'incertitude des techniques laisse parfois méconnaître l'existence d'un réseau qui, normalement, est abondant dans les régions tangentielles et peu perceptible en profondeur.

Nos microphotographies montrent une sorte de dissolution de la névroglie tangentielle dans les cas anciens, particulièrement dans les régions où se multiplient des grains amyloïdes, comme l'insertion du pédoncule cérébelleux supérieur, alors qu'au contraire un feutrage abondant et serré de gliose fibrillaire se découvre en profondeur et particulièrement à l'entour des cellules végétatives diencéphaliques ; elle se prolonge plus ou moins dans le noyau thalamique médian. Les astrocytes sont nombreux et parfois énormes. L'avenir établira certainement des catégories suivant que la gliose est surtout accentuée dans le pédoncule cérébelleux (forme cérébelleuse de Dufour) ou la calotte pédonculaire.

B) Les *lésions médullaires* souvent notées ont quelque peu déçu les neurologistes en raison du manque de systématisation dans les dégénérescences cordonnales.

Il s'agit, de toute évidence, de fibres courtes, qui n'appartiennent ni à la voie sensitive générale, ni à la voie pyramidale.

Pour la voie afférente on enregistre une raréfaction des fibres voisines de la scissure postérieure dans le cordon de Goll dorsal, supérieur et cervical. Quant au cordon antéro-latéral, la lésion est toujours extra-pyramidale, soit à la périphérie, soit au voisinage immédiat de l'axe gris (2).

Dans les cornes médullaires nous avons noté des modifications morphologiques et des désintégrations cellulaires dans la colonne végétative.

(1) DIDE et Adrienne BAUDUIN. — Le système vésiculeux mésocéphalique. *R.N.*, juin 1936, n° 6.

(2) DIDE. — Lésions médullaires chez les aliénés. *R.N.*, 1928, n° 1.



Quant aux racines, des microphotographies très grossies permettent de dire que seules les fibres amyéliniques sont dégénérées.

C) Le problème que pose la participation du lobe frontal au syndrome athymhormique est en partie résolu par les expériences poursuivies sur les singes et des opérations chirurgicales sur des aliénés (1). On sait en tout cas que la voie afférente, après avoir franchi le *L. ceruleus* et gagné le thalamus, repart du noyau central pour atteindre les circonvolutions préfrontales et le lobe orbitaire, tandis que la voie efférente semble partir de la région prérolandique et atteindre la moelle après relais dans le striatum, le noyau rouge et le *L. niger*. Mais sur ce chapitre l'anatomopathologie reste encore presque entièrement à découvrir.

Bornons-nous à tenter de résumer les faits établis.

Des syndromes lésionnels macroscopiques de la région sous-optique peuvent déterminer un syndrome de déréalisation avec troubles du sommeil et hallucinose. La partie mentale du syndrome peut s'identifier au tableau de l'athymhormie.

Dans l'athymhormie sans lésions apparentes, le microscope peut déceler des altérations végétatives ganglionnaires et diencéphaliques associées à des réactions névrogliales régionales, alors qu'au contraire les cellules pyramidales de l'écorce semblent normales.

Confirmant ce que nous avaient fait prévoir la psychologie et la physiologie pathologique touchant le tarissement des sources instinctives de la pensée, l'anatomie pathologique donne un sens positif au terme athymhormie.

IV. *Limites nosographiques.* — L'athymhormie, maladie parfois familiale, se caractérise par les signes suivants :

1° Défaillance psychogénétique des sources vivantes, désintérêt affectif, impression d'irréalité généralisée, sans cesse en conflit avec les échos du monde extérieur et les satisfactions inéluctables de l'instinct.

2° Instabilité neuro-végétative entraînant un paradoxalisme des fonctions de défense et de reproduction, de la trophicité et du verbalisme.

(1) On trouvera des indications précieuses basées sur la médecine expérimentale dans les récents travaux de TINEL : *Le système nerveux végétatif*, 1 vol., Masson, 1937, p. 540-545. — CHOROSCHKO : La doctrine des lobes frontaux. *A.M.-P.*, 1935, II, p. 383-401. — EGAS MONITZ : *Tentatives opératoires dans le traitement de certaines psychoses*, 1 vol., Masson, 1936, et le tout récent travail de MESSIMY : Effets chez le singe de l'ablation des lobes préfrontaux. *R.N.*, 1939, n° 1, 37.

3° Lésions cyto-dystrophiques neuro-végétatives particulièrement diencéphaliques.

4° Les phénomènes perceptifs, représentatifs ou actifs, libérés ou inhibés, qui incluent les processus catatoniques et de discordance, n'offrent de valeur nosographique que s'ils sont précoces.

Au cours de ce travail, les éléments de diagnostic différentiel avec la psychasthénie, les délires progressifs sans trouble des associations d'idées, les arriérations et démences par lésions corticales primitives ont été indiquées et on n'y reviendra pas.

L'athymhormie possède donc des limites nosographiques précises et une autonomie psychologique, physiologique et anatomo-clinique.

M. VIÉ. — Je suis heureux que mon travail ait fourni à M. Didé l'occasion de son bel exposé. Nous sommes d'ailleurs d'accord sur l'ensemble de la question.

Il admet comme moi l'existence d'une maladie définie. Il y fait une place importante aux signes viscéraux et il en marque bien la valeur.

Je n'avais pas en vue, dans mon travail, l'atteinte d'une super-fonction hypothétique. Je n'ai fait que rechercher la formule d'un trouble physiopathologique capable de traduire le désordre observé au niveau de toutes les fonctions du système nerveux. De même, je n'ai pu m'attacher à l'évolution du tableau, je n'ai pu qu'énumérer, en coupe transversale si l'on peut dire, toutes les modalités de ces troubles.

Pour l'évolution, certes, pendant longtemps, on ne peut parler d'affaiblissement. Mais la dystonie, de plus en plus, fragmente, émiette les fonctions, de telle sorte que leur efficacité apparaît nulle, et je crois tout de même qu'à la longue, il en résulte, dans les cas graves, un déficit vrai et durable.

#### **Recherches expérimentales sur l'action catatonisante de certains liquides céphalo-rachidiens, par MM. André LE GRAND et Pierre ANNÉE.**

Les résultats que nous désirons vous présenter font partie d'un ensemble de recherches poursuivies depuis plusieurs années sur les réactions provoquées par le liquide céphalo-rachidien sur divers réactifs vivants.

L'idée première de ces recherches date de 1930. Au Congrès

des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française, qui se tenait à Lille, M. le Professeur Claude, en terminant son magistral exposé sur *le liquide céphalo-rachidien dans les maladies mentales*, concluait qu'en dehors des maladies dans lesquelles une origine infectieuse nette peut être invoquée, ou une lésion anatomique destructive décelée, les psychoses ne s'accompagnent pas de modifications du liquide céphalo-rachidien, du moins à en juger par les méthodes d'investigation habituelles, et qu'il pouvait y avoir intérêt, en conséquence, à orienter les recherches futures dans des directions différentes. Notre formation physiologique et les facilités matérielles résultant de la direction simultanée d'un laboratoire de recherches biologiques et d'un important service dans un établissement d'aliénés, nous poussèrent tout naturellement vers des études d'ordre expérimental, assez différentes, à vrai dire, de celles auxquelles le Professeur Claude conviait ses auditeurs.

Dans la note actuelle, nous nous occuperons exclusivement de recherches faites sur l'action catatonisante de certains liquides céphalo-rachidiens injectés à l'animal. On sait, depuis les recherches de H. De Jong, publiées en France en 1933 (1), qu'il existe dans l'urine humaine une série de substances qui possèdent, en même temps qu'une extrême toxicité, une affinité vraiment spéciale pour les centres nerveux. Ces substances, injectées à l'animal, provoquent l'apparition d'un état de stupeur catatonique. Mais toutes les urines n'ont pas la même teneur en principe catatonisant, et l'expérience a montré à De Jong que celles qui provenaient de sujets atteints de schizophrénie en contenaient beaucoup moins que celles des individus sains. Faut-il conclure de cette constatation qu'il existe chez les schizophrènes une rétention cérébrale de ces poisons neurotropes normalement éliminés par l'urine ? Nous avons supposé que, si cette hypothèse de De Jong était exacte, le liquide céphalo-rachidien de ces malades serait peut-être modifié, biologiquement parlant, du fait de cette rétention, et nous avons soumis cette hypothèse de travail à une longue vérification expérimentale.

A vrai dire, nos essais demeurèrent longtemps désespérément négatifs, et nous fûmes même plus d'une fois tentés d'abandonner notre idée. Nous ne rapporterons pas ici en détail ces recherches infructueuses, et nous contenterons de signaler les principales étapes parcourues avant d'aboutir à des résultats positifs.

(1) H. DE JONG. — *Ann. Méd.-Psych.*, XIV<sup>e</sup> série, 91<sup>e</sup> année, 1933, t. I, p. 149.

Le rat a été choisi dès le début comme animal réactif : il présente en effet, à l'état normal, une activité incessante, et son naturel craintif permettra d'autant plus aisément de mettre en évidence son indifférence aux excitations. En outre, la petite taille de cet animal permettait d'espérer que des doses modestes de liquide suffiraient à provoquer les réactions caractéristiques.

La première technique employée consista à injecter dans le cerveau du rat quelques gouttes de liquide céphalo-rachidien ; elle ne nous donna aucun résultat. Nous tentâmes alors d'injecter sous la peau des quantités plus importantes. Toutefois, la gêne mécanique entraînée par l'injection limitait la dose utilisable à 8 ou 10 centimètres cubes au maximum : avec des quantités supérieures, l'animal, dont le poids moyen est d'environ 100 grammes, gonflé par l'injection, marche avec peine et perd en grande partie sa vivacité caractéristique, même si le produit injecté est du sérum physiologique. Or, avec 8 à 10 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien provenant de schizophrènes, nous n'avons jamais rien observé. Pensant que, peut-être, le principe recherché s'altérerait rapidement après la ponction, nous avons renouvelé nos essais au lit du malade : le liquide, prélevé directement dans une seringue, était réinjecté immédiatement à l'animal réactif ; là encore, aucune réaction caractéristique ne put être constatée.

C'est alors que diverses tentatives furent faites pour concentrer le liquide à injecter. D'abord infructueuses, elles ne commencèrent à nous donner des résultats intéressants qu'avec la technique suivante : la dose de liquide habituellement active pour un rat de 100 grammes est de 30 centimètres cubes ; cette importante quantité de liquide est concentrée dans un courant d'air sec à une température ne dépassant pas 37°. En 60 à 90 minutes, on obtient environ 3 centimètres cubes d'un liquide trouble qui sera injecté à l'animal.

De façon à éviter le plus possible les difficultés d'interprétation, nous avons eu bien soin, une fois notre technique mise au point, de n'utiliser dans nos recherches que des malades pour lesquels le diagnostic ne prêtait pas à discussion : nos témoins ont été soit de gros déficients psychiques, soit des épileptiques ; quant aux autres sujets, c'étaient des déments précoces du type hétérophrénocatatonique, indifférents et inertes, depuis longtemps suivis dans le service. Seuls ces derniers malades nous ont fourni un liquide actif ayant permis de constater les phénomènes que nous allons décrire maintenant.

L'injection du liquide concentré est douloureuse ; au cours de

l'injection et pendant les quelques minutes qui la suivent, l'animal crie et s'agite ; mais bientôt le calme revient et le rat reprend son comportement habituel. Au bout d'une demi-heure environ, il commence à présenter une attitude particulière : il devient apathique, paraît à demi endormi, perd la vivacité et l'activité qui sont si caractéristiques chez les rats normaux. Parfois, le rat est étrangement indifférent à ce qui l'entoure ; des excitations vives restent sans effet ; il oppose même une curieuse résistance aux excitations directes, résistant si on le pousse pour le faire changer de place. Dans d'autres cas, on est frappé par ses attitudes paradoxales : placé dans une position inconfortable ou étrange, dans laquelle il est impossible de maintenir les témoins, le rat y demeure de longues minutes et parfois des heures entières. Souvent, c'est de lui-même, au cours d'un mouvement, que l'animal se fige dans une attitude véritablement catatonique. La durée de ces troubles nous a paru assez variable : parfois ils cessent au bout de quelques heures ; dans certains cas ils se sont prolongés pendant plus de 48 heures ; quelques fois enfin, ils se sont terminés par la mort.

Avec la technique ci-dessus décrite, 6 liquides provenant de malades non déments précoces ont donné 6 résultats nuls. 13 liquides prélevés chez des déments précoces ont donné 3 résultats nuls et 10 résultats plus ou moins positifs.

Nous avons cherché à étudier de plus près ce pouvoir catatonisant du liquide céphalo-rachidien des déments précoces. La plus grande difficulté provient de la quantité importante de liquide qu'il faut utiliser : on ne peut pas ponctionner très souvent le même malade quand la quantité de liquide prélevé est comprise entre 30 et 40 centimètres cubes, et les expériences comparatives deviennent malaisées. Nous avons espéré que l'utilisation d'une masse importante de liquide provenant de plusieurs sujets ponctionnés le même jour nous permettrait de tourner la difficulté ; en fait, jusqu'à présent, les résultats obtenus par cette technique ont été assez décevants.

Toutefois, si nous n'avons pu complètement élucider le problème du pouvoir catatonisant du liquide céphalo-rachidien, nos recherches nous ont permis cependant d'arriver à certaines constatations : la propriété que nous avons mise en évidence est fragile ; elle est détruite par l'action du froid, détruite également par le chauffage à 45° — mais elle résiste à une température de 40° maintenue pendant 30 minutes. Si le liquide est abandonné à la température du laboratoire, cette propriété disparaît peu à peu : au bout de 24 heures, elle est déjà fortement atténuée.



On pouvait penser *a priori* que cette propriété était absorbée sur les molécules protéiques : l'expérience va à l'encontre de cette hypothèse ; en effet, si on évapore à sec le liquide à basse température (30°) et qu'on reprenne le résidu par l'eau distillée, la propriété est présente dans cette eau, même après centrifugation ou filtration sur porcelaine.

Les expériences de dialyse que nous avons faites ne nous ont pas donné de résultats probants, mais il est vrai de dire que le facteur temps a pu intervenir dans une large mesure puisqu'une expérience de ce genre demande environ 24 heures.

De nombreux points restent encore obscurs et nos recherches continuent. Il nous a semblé néanmoins qu'arrivées à ce stade, elles étaient susceptibles de retenir votre attention.

#### La strychnine chez les épileptiques, par M. P. HARTENBERG.

Comme suite à l'intéressante communication que vous ont présentée MM. Laignel-Lavastine et Gallot en décembre dernier, je voudrais vous faire part brièvement de mes observations personnelles sur l'action de la strychnine chez les épileptiques. Mes recherches ne datent pas d'hier, car je les ai entreprises dès 1918 et j'en signalais les premiers résultats dans un article de la *Presse Médicale* du 8 novembre 1919.

Parti de l'idée qui m'est chère que le trouble essentiel de l'épilepsie consiste, non pas dans l'excitation motrice qui fait les convulsions, mais dans l'inhibition cérébrale qui crée la perte de connaissance, j'avais pensé qu'on pourrait peut-être, en tonifiant la cellule nerveuse, augmenter sa résistance à l'inhibition et, par là, faire avorter le paroxysme. Mais il fallait trouver la substance qui fût tonifiante et non excitante. En effet, les substances produisant de l'excitation cérébrale, telles que la caféine, l'extrait thyroïdien et surtout l'alcool, ont une action néfaste chez les comitiaux. Au contraire, la strychnine ne paraît pas avoir d'action excitante sur le cerveau. J'ai assisté à des intoxications graves par de fortes doses de strychnine. J'ai toujours constaté, chez le sujet, un calme parfait, une présence d'esprit complète. Les symptômes dominants sont purement physiques : dyspnée par contracture des muscles respiratoires, tétanisation et hyper-réflexivité de toute la musculature. Par contre, aucune excitation cérébrale.

Je donnai donc la préférence à la strychnine que j'administrai selon ma méthode, à doses progressives. Et voici ce que j'observai.

\*  
\*\*

D'abord un premier fait apparut. C'est que, chez un certain nombre de malades, l'introduction de strychnine, par la bouche ou par injections, ne déclenchait pas d'accidents. Même en état de tétanisme strychnique, même soumis à des doses de 6, 8, 10 centigrammes par jour, on ne constatait rien chez eux qui ressemblât à une ébauche de paroxysme comitial.

Mais non seulement le médicament ne provoquait pas d'accidents : il les diminuait. C'est ainsi, par exemple, qu'un sujet ayant une crise par semaine resta plus d'un mois tranquille, dès le début de la cure. Un autre, chez qui les crises survenaient tous les 20 jours, en demeura affranchi pendant trois mois. La strychnine exerçait donc, à l'égard des accidents, une action nettement empêchante.

Et enfin, elle avait une influence favorable sur l'état physique et psychique. Les patients disaient ne s'être jamais mieux portés. Ils mangeaient mieux, digéraient mieux, dormaient mieux. Leur mémoire était meilleure, leur esprit plus lucide, leur volonté plus énergique.

Malheureusement, cette action bienfaisante ne dura pas. Au bout de quelques mois, je m'aperçus que, peu à peu, les accidents se rapprochaient, même en augmentant les doses. J'attribuai cette aggravation à l'accoutumance à la strychnine. J'ai montré, en effet, que celle-ci est rapide et que les propriétés tonifiantes de l'alcaloïde s'usent vite. Il vint un moment où les accidents se reproduisirent avec la fréquence antérieure. Je cessai l'administration du médicament. Et alors, phénomène curieux, il se produisit une recrudescence momentanée des malaises.

\*  
\*\*

A côté de ces faits, qui témoignent de l'innocuité de la strychnine chez les épileptiques, il en est d'autres, en revanche, dont l'enseignement est tout différent.

Au cours de mes recherches, j'ai constaté que certains malades ne supportaient nullement la strychnine, même à petites doses. Chez certains, j'ai vu l'introduction de quelques milligrammes, par la bouche et en injection, provoquer une crise convulsive violente. D'autres fois, l'absorption régulière du médi-

cament, également à petites doses, augmente notablement le nombre des accidents, rend le sujet nerveux, agité, irritable, au point que son entourage et lui-même se refusent à continuer la cure.

Ces résultats contradictoires nous montrent que l'action de la strychnine chez les épileptiques est essentiellement variable selon les individus et peut-être selon les causes du mal comitial. Une fois de plus, l'épilepsie nous apparaît comme l'affection profondément énigmatique, capricieuse et déconcertante.

M. Jean PICARD. — Connaissant les séduisantes théories de M. Hartenberg, j'ai tenté, il y a quelques années, l'administration *per os* de la strychnine chez les épileptiques. Par prudence, je m'étais gardé de leur supprimer le gardénal, réalisant ainsi avant la lettre l'association médicamenteuse préconisée aujourd'hui. Mes essais, relativement timides, n'ont malheureusement pas été assez concluants pour que je persévère. J'ai pu constater du moins qu'en aucun cas l'administration de la strychnine n'a aggravé le nombre et la forme des crises. Je me propose de reprendre ces tentatives chez les comitiaux à réactions vagotoniques accusées.

Il est curieux de rapprocher les faits qui nous sont rapportés du traitement des comas barbituriques. Alors que le sommeil comme les comas favorise le déclenchement des accès et que, par exemple, le coma insulinique s'accompagne parfois d'accès convulsifs, des auteurs roumains n'ont pas hésité de recourir à de hautes doses d'injections intrarachidiennes de strychnine dans les comas barbituriques. Ils n'ont point alors constaté de manifestations convulsives. J'ai tenté leur méthode chez une malade qui avait absorbé une dose massive et mortelle de gardénal. L'injection intrarachidienne de strychnine, sans parvenir à juguler son empoisonnement, a provoqué toutefois un retour sensible de l'activité motrice sans aucune secousse myoclonique ou convulsive.

J'ajoute que l'association strychnine-gardénal m'a donné des résultats favorables chez des déprimés anxieux à obsession-suicide qui supportaient mal le seul gardénal.

M. BRISOT. — Chez les enfants, l'association de la strychnine au gardénal diminue les crises, mais accentue les vertiges. Par contre, je n'ai jamais constaté de signes d'intolérance, même aux doses de 6 milligrammes chez des sujets de 9 ou 10 ans.

**L'association strychnine-gardénal dans le traitement de l'épilepsie chez les enfants anormaux, par MM. BRISOT, J. MAILLEFER et J. BUTZBACH.**

Notre expérience porte actuellement sur 22 épileptiques âgés de 9 à 18 ans 1/2, et dont 11 sont traités dans le service depuis 1936, 4 depuis 1937, 7 depuis 1938.

De multiples traitements ont été essayés chez eux avant l'emploi de l'association strychnine-gardénal : gardénal seul, belladénal, rutonal, bromures, chloral, acétylcholine, opothérapie, etc... ; seuls les effets des médications à base de phényl-éthylmalonylurée seront comparés.

Nous utilisons chez certains l'association strychnine-gardénal depuis 15 mois ; 5 seulement ont moins de 8 mois de traitement par cette méthode.

Les résultats ont été réunis dans un tableau, du fait que nous ne pouvions publier intégralement toutes les observations ; voici les renseignements qu'il contient :

Comme il est tenu, dans le service, un relevé exact des crises, vertiges ou états de mal constatés, nous avons divisé leur nombre par la durée exacte des thérapeutiques, en tenant compte uniquement de leur association ou non à la strychnine. Nous avons obtenu ainsi un chiffre, représentant la proportion mensuelle des accidents comitiaux survenus chez chaque enfant ; ce moyen, peut-être un peu trop arithmétique par rapport à la clinique, a tout au moins l'avantage de la netteté.

Le terrain mental, sur lequel s'est développée l'épilepsie, a été précisé, ainsi que les résultats des réactions humorales, au point de vue spécifique.

Nous avons tenu également à signaler les enfants qui recevaient une éducation scolaire, et il était intéressant de voir si l'amélioration partielle, due à l'emploi de l'association strychnine-gardénal, n'était pas spécialement survenue chez eux.

Enfin, nous avons indiqué, en dernier lieu, les doses extrêmes que nous avons utilisées pour chaque malade.

Nos constatations nous ont permis d'apprécier :

1° Dans quelle mesure il y a avantage à utiliser l'association strychnine-gardénal dans le traitement de l'épilepsie.

2° La dose de mélange, qui peut être supportée par chaque individu par rapport à la strychnine, et s'il existe des cas d'intolérance.

3° Si vraiment elle permet, comme on le prétend, d'abaisser les doses de gardénal, par crainte de certains accidents dûs au phényl-éthylmalonylurée.

*Voici quels ont été nos résultats à la suite de l'emploi strychnine-gardénal :*

Nous avons constaté 9 *améliorations certaines* sur 22 cas (malades 4, 5, 6, 9, 10, 11, 15, 16, 22) ; 2 autres sont discutables (malades 2 et 14). D'où une *proportion de 41,7 %* d'améliorations véritables. Mais ce sont les crises convulsives qui ont été principalement influencées.

Chez 7 épileptiques, qui présentaient aussi des *vertiges*, 3 ont vu ceux-ci augmenter de fréquence (malades 4, 10 et 11) ; une fois, la proportion est restée sensiblement la même (malade 7) ; une fois, elle a légèrement diminué (malade 17) ; deux fois, les vertiges ont disparu (malades 1 et 3). Mais 3 enfants, qui n'avaient pas de vertiges auparavant, en présentent désormais (malades 8, 19 et 21).

*Quant aux états de mal*, auxquels était sujet un de nos enfants (malade 7), la proportion en a été accrue. De plus, un malade qui n'en avait jamais eu, en a vu apparaître depuis l'emploi strychnine-gardénal (malade 16).

Enfin, *les troubles du caractère* n'ont été, en général, nullement influencés par cette médication.

*Sur quel terrain mental l'amélioration s'est-elle produite ?* — Les 9 améliorations certaines sont survenues chez :

- 2 arriérés profonds (malades 5 et 11).
- 5 arriérés moyens (malades 9, 10, 15, 16, 22).
- 1 déséquilibré (malade 4).
- 1 arriéré léger (malade 6).

Les 2 améliorations discutables ont été constatées chez 2 arriérés moyens (malades 2 et 14).

Il n'y a pas eu d'améliorations chez :

- 3 arriérés profonds (malades 1, 19, 20).
- 4 arriérés moyens (malades 12, 13, 17, 21).
- 1 arriéré léger (malade 18).
- 1 déséquilibré (malade 8).
- 1 sourd-muet (malade 3).

*Une amélioration certaine s'est-elle produite plutôt chez des enfants recevant une éducation scolaire ?* — Les crises convulsives ont en effet diminué de fréquence chez 7 sujets allant en classe (des progrès sont survenus partiellement chez 4 enfants



et chez 3 autres d'une façon évidente) ; enfin, aucune amélioration chez 3 autres scolaires :

Malade 9 : arriéré moyen aveugle.

Malade 10 : arriéré moyen.

Malade 15 : arriéré moyen.

Malade 22 : arriéré moyen.

Malade 4 : déséquilibré.

Malade 6 : arriéré léger *ayant obtenu le certificat d'études primaires.*

Malade 7 : arriéré moyen.

3 épileptiques, fréquentant l'école, n'ont pas été améliorés :

Malade 8 : déséquilibré.

Malade 17 : arriéré moyen.

Malade 21 : arriéré moyen.

Certains sujets (malades 15 et 22) ont pu suivre les cours grâce à l'association strychnine-gardénal ; un enfant (malade 6) *a même pu obtenir son certificat d'études*, alors qu'antérieurement, il était somnolent en classe.

*Quelles doses de strychnine associée au phényl-éthylmalonylurée doit-on utiliser ?* — Nous avons employé des quantités variant entre 3/10<sup>e</sup> de milligramme et 6 milligrammes par jour. Mais 3 cas *d'intolérance* se sont révélés (malades 19, 20 et 21) ; ces enfants supportaient le phényl-éthylmalonylurée alors qu'il n'était pas associé à la strychnine. Les doses fortes de médicament ne semblent pas préférables à celles inférieures optima (6/10<sup>e</sup> de milligramme) ; la substance paraît agir comme mordant.

*Discussion.* — Nous avons utilisé une forme solide d'association strychnine-gardénal (strychno-gardénal), au lieu d'une forme liquide. Mais nos résultats sont moins bons que ceux signalés par certains auteurs dans des communications antérieures : 41,7 % d'améliorations certaines, et encore, à condition d'envisager seulement les crises convulsives. Il n'en a pas été de même pour les vertiges, états de mal et troubles du caractère ; il n'est pas rare, en effet, de voir, dans l'épilepsie, les vertiges augmenter quand les crises diminuent.

L'addition à cette association d'une substance tirée de la paullinia sorbilis (guarana), comme nous le voyons aujourd'hui dans certaines préparations, agirait-elle sur les vertiges ? Cette plante, en effet, contient de la kolatine et de la caféine, combinées à la guaranatine. D'où un effet tonique et euphorique. D'autre part, on lui reconnaît encore une action diurétique qui lutterait

MALADES	Age	TERRAIN MENTAL	RÉACTIONS SYMPHILITIQUES DANS LE SANG ET LE L.C.R.	PROPORTION MENSUELLE DE						AMÉLIORATION : 41,7 0/0	EDUCATION SCOLAIRE	Doses journalières de strychnine-gardénal			
				Association strychnine-gardénal		Association strychnine-gardénal		Etats d mal	Vertiges			Etats d mal	Vertiges		
				Pas d'association strychnine-gardénal	Association strychnine-gardénal	Pas d'association strychnine-gardénal	Association strychnine-gardénal								
				Crises	Vertiges	Etats de mal	Crises	Vertiges	Etats d mal			Centigrammes de gardénal	Milligrammes de strychnine	Centigrammes de gardénal	Milligrammes de strychnine
1	17	1/2	Imbécillité	19	0,09		20	0				30	1,8	30	6
2	18	1/2	Arriération moyenne	34			30					20	1,2	20	4
3	15		Surdi-mutité	8	0,2		11	0			+	10	0,6	30	4,6
4	17		Déséquilibre	4	0,16		1,5	0,21				10	0,6	20	1,2
5	13	1/2	Idiotie	11			0,4					15	0,9	20	1,2
6	14	1/2	Arriération légère	5			2,6				Certificat	10	0,6	20	4
7	14	1/2	Arriération moyenne	0,4	0,22	0,08	0	0,23	0,23			5	0,3	20	1,2
8	15		Déséquilibre	4			5	0,23				20	1,2	30	6
9	16		Arriération moyenne	11			3			+	Cours de Braille	10	0,6	30	6
10	15		Arriération moyenne	2,5	0,35		0,6	0,88		+		5	0,3	20	1,2
11	13		Arriération profonde	27	0,5		1,4	3,5		+		5	0,3	20	2,6
12	12		Arriération moyenne	11,8			14					20	1,2	20	4
13	17		Arriération moyenne	3,5			33					10	0,6	10	2
14	14		Arriération moyenne	154			133			?		20	1,2	30	6
15	10		Arriération moyenne	7			1,7			+	début	20	1,2	20	1,2
16	12		Idiotie	11			8		1	+		20	1,2	20	1,2
17	11		Arriération moyenne	11	28		15	22,4			début	10	0,6	30	6
18	18		Arriération légère	14			13					10	0,6	30	0,6
19	15		Imbécillité	30			91	1				20	1,2	20	4
20	13		Imbécillité	9,8			12					20	1,2	30	4,6
21	18		Arriération moyenne	17,6			33,6	0,32			+	10	0,6	20	1,2
22	9		Arriération moyenne	4,5			1,4			+	+	10	0,6	15	0,9

contre la diminution de la diurèse, dont on a accusé le phényl-éthylmalonylurée. Ces produits ont peut-être une action sur les vertiges, si on range ceux-ci parmi les dystonies végétatives.

Il ne faut pas oublier que Ducosté et d'autres auteurs ont déjà signalé, en 1921, le meilleur effet et la meilleure tolérance du phényl-éthylmalonylurée mélangé à un correctif, tel que la caféine ou la bellafoline.

Chez des enfants anormaux, il nous était impossible ou difficile d'étudier les petits signes d'intoxication gardénalique, tels que les céphalées et l'impuissance sexuelle. Ce qu'il y a de certain, c'est que nous avons relevé 3 cas d'intolérance avec des doses différentes de strychnine, qui se traduisaient par de l'insomnie, de l'énervement, voire même de l'agitation et de l'augmentation du nombre des accès convulsifs. Là joue encore la loi de la susceptibilité de chaque sujet.

Notre expérience nous porte à croire qu'il n'y a pas accoutumance à la strychnine ; mais celle-ci ne permettrait pas l'emploi d'une dose *moindre* de phényl-éthylmalonylurée. Il nous semble, comme l'a dit, dans une séance précédente, le D<sup>r</sup> Marchand, qu'elle permette de tolérer des doses *plus fortes* de ce produit.

*Conclusions.* — L'emploi de l'association strychnine-gardénal n'est pas à généraliser d'une façon systématique ; elle est à utiliser suivant la susceptibilité des sujets. On devra rechercher la dose-seuil. Mais il est certain qu'elle est suivie assez souvent d'heureux effets.

Chez les enfants, les écoliers tout particulièrement, qui ont un certain effort intellectuel à fournir, il nous apparaît que la dose optima de strychnine *pro-die* est de 6/10<sup>e</sup> de milligramme. On pourra exceptionnellement l'augmenter jusqu'à 1 milligramme. Notre opinion est conforme à celle qui a été exprimée par le Professeur Laignel-Lavastine (1). Mais ce qui est intéressant, c'est que, tout en ne dépassant pas les quantités indiquées de strychnine, la dose de gardénal pourra être portée à un niveau supérieur (20 et même 30 centigrammes), sans que, dans la majorité des cas, le petit malade en soit le moins du monde incommodé.

Nous nous permettons enfin de rapporter les observations de trois malades, qui nous semblent intéressantes par les difficultés d'appréciations qu'elles suscitent.

(1) Le traitement de l'épilepsie par l'association gardénal-strychnine, par MM. LAIGNEL-LAVASTINE et H.-M. GALLOT. *Ann. Méd.-Psych.*, séance du 22 décembre 1938, p. 783.

*Malade 9 : On. G., 16 ans.* — Arriération mentale moyenne chez un épileptique, aveugle depuis 1933. Niveau intellectuel correspondant à 8 ans 1/2 ; lit et écrit un peu le Braille, son professeur spécialisé en est assez satisfait. L'enfant mettait, lors de son entrée dans le service, en juin 1935, sa cécité bilatérale sur le compte d'un petit traumatisme cranien (caillou), survenu trois ans auparavant ; ses crises convulsives seraient apparues la même année que sa cécité. Réactions humorales positives au point de vue spécificité déjà en 1935 et non encore négativées actuellement, malgré l'institution de différents traitements ; formule paralytique du liquide céphalo-rachidien : Albumine 0,55 ; Pandy  $\pm$  ; Weichbrodt 0 ; Leuco 15 ; quelques globules rouges ; benjoin 22221.22222.22000 ; Meinicke et Wassermann positifs.

Le beau-père du jeune On. a pu nous renseigner sur ses antécédents ; il est né d'un père alcoolique, probablement syphilitique, et d'une mère qui était traitée pour spécificité, il y a déjà 10 ans, avant son remariage ; il existe également dans la famille un cas d'interne-ment. Sujet à des plaies cutanées fréquentes dans son jeune âge, l'enfant a suivi avec fruit l'école jusqu'à 11 ans. Alors apparurent simultanément une baisse progressive de la vision, et des accidents comitiaux (l'histoire du traumatisme cranien serait inexistante). Une intervention crânienne fut tentée avant son admission à la Colonie dans l'espoir d'obtenir une régression des troubles visuels. Mais l'amélioration légère obtenue fut fugace en raison des lésions constatées au niveau des nerfs optiques lors de leur tentative de dégagement. Notre malade était alors suspecté d'arachnoïdite optochiasmatique ou d'encéphalite spécifique. Un traitement spécifique intensif fut établi ; mais les crises, augmentant de violence depuis l'opération, empêchèrent le maintien aux Jeunes Aveugles d'On., qui fut conduit dans un service spécialisé. Malgré la continuation de la thérapeutique antisiphilitique, il survint alors une crise d'agitation telle qu'il dut être transféré sur les services d'Aliénés.

Sur ces accès convulsifs, l'association strychnine-gardénal eut une heureuse influence puisque la proportion mensuelle des crises tomba de 11 à 3.

*Malade 14 : R. P., 14 ans.* — Arriération mentale moyenne avec crises convulsives ; obnubilation et accès confusionnels consécutifs ; troubles du caractère, impulsions, hostilité, inaffectivité vis-à-vis de ses parents. Niveau intellectuel de 7 ans et retard scolaire correspondant à l'heure actuelle. Les crises éclatèrent en mai 1937 ; en même temps, constatation de troubles visuels (myopie ?). Avant cette époque, l'enfant répondait normalement, aux dires de ses parents, aux efforts d'éducation scolaire, mais celle-ci dut être abandonnée en raison des accidents comitiaux. L'inefficacité de tout traitement, les troubles visuels, les accès confusionnels firent penser à la possibilité d'une tumeur cérébrale ; les examens complémentaires permirent

d'éliminer ce diagnostic. Pas de stase pupillaire ; réactions humora-  
les négatives au point de vue de la spécificité, mais *hypertension  
liquidienne* : 44 assis, au manomètre de Claude. La radiographie du  
crâne et une ventriculographie dans un service spécial ne révélè-  
rent pas l'existence d'une tumeur. Peut-être s'agit-il d'une encéphalite  
pseudotumorale (1). Pas d'antécédents héréditaires. A la suite de ces  
échecs, essai thérapeutique de strychno-gardénal depuis huit mois  
environ : la proportion mensuelle des crises a bien faibli (133 contre  
154), mais cette diminution est si faible que l'on peut se demander  
dans quelle mesure elle doit retenir l'attention.

*Malade 22 : Ros. P., 9 ans*, est un arriéré moyen limite au point  
de vue mental ; niveau intellectuel de 6 ans 10 mois ; gros retard sco-  
laire correspondant, l'enfant fréquente l'école à peine depuis 2 ans,  
en raison de ses crises convulsives. Spécificité non retrouvée dans  
les réactions humoraux. Rien à signaler dans les antécédents fami-  
liaux ; a trois sœurs aînées bien portantes. L'apparition de l'épilep-  
sie remonte probablement à novembre 1934. A cette époque, l'enfant  
devient bizarre, coléreux et méchant, il mange gloutonnement. Son  
sommeil est « agité » et les parents constatent de l'embarras de la  
parole avec impotence des membres inférieurs, symptômes vraisem-  
blablement consécutifs à de petits ictus suivis de crises convulsives.  
Le premier accès épileptique généralisé et net a été constaté le 1<sup>er</sup> juin  
1935. Traitement : gardénal, belladénal, bromure, essai d'opothérapie  
thyroïdienne sans résultat (il a augmenté les crises). Mais depuis le  
11 février 1938, le jeune R. prend du strychno-gardénal ; la propor-  
tion des accès convulsifs est tombée de 4,5 par mois à 1,4. Si l'enfant  
reste indolent et inattentif, ses crises, qui n'ont jamais été rempla-  
cées par des vertiges, ont, par contre, tendance à changer d'aspect :  
actuellement, une forme larvée à caractères bravaï-jacksonniens tend  
à se substituer à la forme généralisée qui a été constatée aupara-  
vant.

M. HARTENBERG. — C'est précisément le fait paradoxal de  
l'action sédatrice de la strychnine sur les phénomènes d'excita-  
tion qui m'a frappé lors de mes premiers essais de thérapeu-  
tique sur l'épilepsie.

Le gardénal a une triple action anti-épileptique, hypnotique,  
sédatrice. Il existe une accoutumance lente, mais progressive  
pour ce qui concerne les actions sédatrice et hypnotique. Quand  
on associe la strychnine au gardénal, c'est cette accoutumance  
par le gardénal que l'on constate et qu'on peut être tenté d'attribuer  
à la strychnine.

(1) J.-A. CHAVANY. — Notes sur l'épilepsie. *Archives hospitalières*, février  
1937, n° 2, p. 83. — L'hérédité dans l'épilepsie. *Le Monde Médical*, 15 fé-  
vrier 1939, n° 932, p. 110.



M. DIDE. — L'efficacité de l'association existe-t-elle également pour les simples myoclonies, sans perte de connaissance, ni chute ?

M. BRISSOT. — Oui. J'ai vu un syndrome de Jakson se limiter sous l'effet du traitement à une simple projection des bras en avant.

M. HARTENBERG. — Je traite une enfant de 12 ans qui est sujette à un simple tic de flexion, genre tic de Salaam. J'alterne un mois de traitement, un mois sans traitement, et ainsi de suite. Les crises ne sont pas plus nombreuses dans les mois où le traitement est interrompu que dans ceux où il est appliqué.

### Sur un cas de potomanie,

par MM. PASTEUR-VALLERY-RADOT, Jean DELAY et Paul MILLIEZ

La nature organique du diabète insipide est aujourd'hui indiscutée. Les expériences de Cushing et Biedl, d'Ashner, de Camus et Roussy, renouvelées par Bailey et Bremer, par Hous-say ; la découverte de l'hormone oligurique par Farini et Van der Velden, ont définitivement établi l'origine hypophyse-tubérienne de ce syndrome que Lacombe, Sauvages, Trousseau considéraient comme une névrose, une « vésanie de la soif ».

On ne voit plus guère le diabète insipide d'origine hystérique, étudié par Debove, par Babinski (qui fit connaître un cas de diabète insipide guéri par suggestion), par Ehrhardt dans sa thèse :

Dans ces dernières années, on a rapporté quelques très rares observations de « diabète insipide d'origine psychique » (Marcel Labbé) caractérisé par l'apparition d'une polydipsie au cours d'états psychopathiques et ne réagissent pas à l'injection ou à l'inhalation d'extrait de post-hypophyse qui combat, avec une efficacité si remarquable, le vrai diabète insipide infundibulo-tubérien.

De tels faits appartiennent au syndrome décrit par Achard et Louis Ramond en 1905 sous le nom de « potomanie ». Les auteurs de l'observation princeps de « potomanie » ont proposé ce dernier terme pour l'opposer à celui de dipsomanie, voulant ainsi distinguer la polydipsie mentale permanente caractéristique de la potomanie, de la polydipsie mentale paroxystique caractéristique de la dipsomanie.

R. Boulin et Justin-Besançon ont d'ailleurs publié une observation établissant le passage possible de l'une à l'autre de ces formes de polydipsie psychopathique. Il s'agissait d'une femme qui présenta tout d'abord des crises pithiatiques avec impulsion dipsomaniaque, plus tard des accès de dipsomanie, et enfin un état de potomanie permanent.

La potomanie peut s'associer à la phagomanie, ou alterner avec elle (Marcel Labbé, Boulin, Justin-Besançon, Krehs et Uhry). Elle s'observe aussi à l'état isolé. Les cas de potomanie sont assez exceptionnels et c'est pourquoi nous relatons l'observation suivante :

Le malade Gau. Charles, âgé de 26 ans, sans profession définie, a été hospitalisé à l'hôpital Bichat, salle Laënnec, pour des crises convulsives et une polyurie permanente dépassant dix litres par jour.

Le début de la maladie aurait été très brusque d'après les dires du malade. Au mois de *juin 1937*, à la suite d'un choc émotif violent (son père aurait été tué sous ses yeux au cours d'un accident d'automobile), il a commencé à *trembler* de la main droite. Quelques jours après, il a eu une *crise convulsive*. Le tremblement a persisté en s'accroissant ; les crises convulsives se sont répétées au rythme d'environ une par mois. Dans le décours d'une de ces crises le malade a été pris d'une *polydipsie* insatiable. Depuis plusieurs mois, il boit chaque jour dix à douze litres de liquide (de l'eau habituellement). Cette polydipsie s'accompagne d'une *polyurie* correspondante.

On constate chez ce malade trois sortes de symptômes : des crises convulsives, un tremblement, un diabète insipide.

1) *Les crises convulsives*. — On a pu observer dans le service, à plusieurs reprises, ces crises convulsives : elles n'ont pas les caractères du mal comitial.

Elles débutent toujours après une *contrariété*. Elles se caractérisent par une *agitation désordonnée*, sans phénomène clonique ni tonique rythmé, par des attitudes spectaculaires (arc de cercle, etc...), l'ensemble durant quelques minutes. Pas de cri initial, pas d'aura, pas de chute entraînant une blessure, pas de morsure de la langue, pas de perte des urines au cours de l'accès.

L'examen neurologique ne révèle aucune perturbation motrice, réflexe, sensitive, sensorielle. Le seul symptôme que l'on constate, — par intermittences, — entre les crises, consiste dans un tremblement du membre supérieur droit.

2) *Le tremblement*. — On constate un tremblement de repos de la main droite rappelant grossièrement un tremblement parkinsonien. Mais on ne note aucun signe de la série parkinsonienne (pas d'hyper-tonie, pas de perte des mouvements automatiques et associés), aucun

signe de la série cérébelleuse (ni dysmétrie, ni asynergie, ni adiado-cocinésie).

D'autre part, ce tremblement est *variable* dans son étendue (tantôt localisé aux doigts, tantôt intéressant tout le membre supérieur droit), dans son intensité. Surtout, il est *intermittent*, disparaissant quelques jours, reparaissant à l'occasion d'une contrariété ou d'une autre cause.

Bref, aucun des caractères des crises convulsives, aucun des caractères du tremblement ne permettent de conclure à la nature organique de ces troubles.

3) *Le diabète insipide*. — Il existe une *polydipsie* permanente, nécessitant l'absorption de huit à douze litres de liquide par jour, et une *polyurie* presque correspondante.

Les urines émises sont pâles et très peu denses. Elles ne contiennent *aucun élément anormal* : ni cylindres, ni hématies, ni albumine, ni sucre. Elles ne contiennent qu'à une très faible concentration tous les éléments normaux de l'urine (*urée, acide urique, chlorures, phosphates*), dont la quantité totale émise au cours d'un nyctémère est sensiblement égale à celle d'un sujet normal, soit pour un examen de l'urine dès 24 heures : urée 25,6 ; phosphates 1,5 ; chlorures 12 ; acide urique 0,70.

La glycémie à jeun est de 0,96 ‰ (méthode de Baudoin).

L'urée sanguine est de 0,25 ‰.

La constante d'Ambard est de 0,081.

L'épreuve de la phénol-sulfonaphtaléine, faite par voie intraveineuse, a donné les résultats suivants :

1/4 h. après l'injection .....	40 %
1 h. 10 après l'injection .....	40 %
<hr/>	
	80 %

Le fonctionnement rénal est donc tout à fait satisfaisant.

Il n'y a aucun signe de la série hypophysaire, aucun signe de la série infundibulo-tubérienne, aucun signe de compression chiasmatique.

L'*examen oculaire* montre une acuité visuelle de 10/10 (œil droit et œil gauche), des pupilles normales, une motilité normale, un champ visuel normal (pas d'hémianopsie bitemporale), un fond d'œil normal.

La *radiographie du crâne* (stéréo) ne montre aucune anomalie. La selle turcique a des dimensions et une forme strictement normales.

La *ponction lombaire* retire un liquide clair, de tension 19 (au manomètre de Claude), en décubitus latéral ; albumine : 0 gr. 30 au tube de Sicard ; 0,8 lymphocytes par mm<sup>3</sup> (Nageotte) ; réaction de Bordet-Wassermann : H<sup>8</sup>.

Réaction de Bordet-Wassermann dans le sang : H<sup>8</sup>.

Réaction de Kahn : négative.

Toutes les investigations — tant cliniques que biologiques — ne révélant chez ce malade aucun symptôme organique, nous avons pensé à la possibilité d'une *simulation*. Mais cette hypothèse dut être écartée : les urines émises sous surveillance ayant exactement la même densité que les urines préalablement analysées.

— L'épreuve de la *post-hypophyse* a été pratiquée chez ce malade tant par injection sous-cutanée d'extrait de lobe postérieur d'hypophyse que par inhalation par voie nasale.

L'injection sous-cutanée d'extrait de lobe postérieur d'hypophyse à la dose correspondant à un demi-lobe postérieur de bœuf n'a amené aucune réduction de la polydipsie, ni de la polyurie. L'expérience a été faite chaque jour pendant dix jours, puis les dix jours suivants en doublant les doses (dose correspondant à un lobe postérieur de bœuf) : même échec.

On a eu alors recours à l'inhalation de poudre hypophysaire par voie nasale : sans résultat. L'expérience a été prolongée pendant douze jours.

Il s'agissait donc d'un diabète insipide résistant à l'action de la *post-hypophyse*.

— On a voulu pratiquer alors l'épreuve de la *soif*, mais le malade a refusé de se prêter à la diminution des boissons — épreuve à son gré trop pénible — et a quitté l'hôpital signant lui-même sa feuille de sortie.

Cette réaction est à rapprocher de la grande *instabilité psychique* de ce malade, vagabond qui n'a jamais gardé un domicile fixe, et a continuellement changé de profession. Il a été soigné dans divers hôpitaux, en particulier à Broussais, à Laennec, à la Salpêtrière (où il a déjà été observé par l'un de nous). Ses réactions ont toujours été les mêmes : il s'évade à la moindre *contrariété*.

C'est, d'autre part, un *mythomane*. Tous les récits qu'il fait volontiers de son existence aventureuse sont imaginaires (comme on a pu le contrôler en interrogeant sa famille). C'est un *mythomane vaniteux*, qui se donne toujours le rôle avantageux. Il tire gloriole de ses anomalies et tout particulièrement de sa capacité à boire.

Sa *suggestibilité* est extrême, et nous avons pu faire varier à volonté son tremblement, le faisant apparaître et disparaître par suggestion.

Tous ces troubles psychiques, instabilité, mythomanie, suggestibilité, évoluent sur un fonds de *débilité* mentale assez accentué. On retrouve donc chez lui la plupart des caractères signalés par

M. Heuyer dans sa remarquable analyse de l'état mental des potomanes. La mère du malade aurait été internée pour troubles mentaux et serait morte dans un asile.

Etant donné le caractère névropathique des crises convulsives et du tremblement, l'absence de tout signe hypophyso-tubérien et surtout l'absence de toute réaction de la polyurie vis-à-vis de la post-hypophyse, l'état mental très particulier de ce malade, nous pensons qu'il s'agit ici, non d'un diabète insipide vrai infundibulo-tubérien, mais bien d'une « névrose de la soif », d'une potomanie.

La séance est levée à 18 heures 40.

*Le Secrétaire des séances,*  
Jacques Vié.

---



# SOCIÉTÉS

---

## Société de Neurologie de Paris

---

Séance du Jeudi 2 Février 1939

---

Présidence : M. MONIER-VINARD, président

---

Sur la sclérose tubéreuse, par M. L. BABONNEIX.

L'auteur étudie successivement les *caractères cliniques* de cette affection; sa *nature* : c'est une dysembryoblastomatose portant sur les dérivés des trois feuillets et subissant parfois une dégénérescence maligne, et non une « sclérose », comme on l'a cru jadis ; ses *relations avec d'autres affections voisines*, dont, surtout, la neurofibromatose, à laquelle elle est unie par les liens les plus étroits : mêmes manifestations cutanées ; mêmes lésions (Bielschowski et Gallus) ; même évolution possible vers la tumeur maligne ; origine commune, qui explique la fréquence de leur association.

A l'exposé de l'auteur succède une présentation de coupes histologiques d'adénomes sébacés.

### Discussion

M. GARCIN fait remarquer que l'encéphalographie révèle parfois des calcifications.

**Syndrome de cachexie progressive par tumeur (spongioblastome) du 3<sup>e</sup> ventricule. Le problème anatomique de la maladie de Simmonds, par MM. LHERMITTE, Th. de MARTEL, GUILLAUME et AJURIAGUERRA.**

Une fillette de 9 ans présente une cachexie progressive avec inappétence et accompagnée de somnolence, de céphalées, de réduction du métabolisme de base, d'anémie. Les radiographies craniennes montrent l'existence d'une hypertension intra-cranienne, laquelle est confirmée par la mensuration

manométrique. On porte le diagnostic de syndrome de Simmonds avec hydrocéphalie. Une décompression prudente est pratiquée ; malheureusement la malade succombe.

L'examen anatomique montre l'existence d'un spongioblastome polaire infiltré largement dans les parois du 3<sup>e</sup> ventricule et ménageant l'hypophyse qui, histologiquement, ne présente pas de lésions. Un pareil fait confronté avec d'autres analogues montre que la cachexie progressive du type Simmonds peut être liée à une lésion des centres végétatifs cérébraux et ménageant la glande pituitaire.

#### Discussion

M. BAUDOUIN estime que rien ne prouve qu'il s'agit d'une maladie de Simmonds.

Pour M. MOLLARET, le syndrome de Simmonds contient des faits disparates. On pourrait tenir compte pour la classification des résultats du traitement opothérapique.

M. LHERMITTE estime que les bons résultats du traitement hypophysaire ne prouvent pas forcément que cette glande est lésée.

#### Les métastases du système nerveux central des épithéliomas du poulmon, par MM. LHERMITTE, HUGUENIN et E. VERMES.

Après avoir rappelé la fréquence des métastases cérébrales des cancers du poulmon, les auteurs rapportent deux observations, dont l'une est intéressante surtout en ce qu'elle montre la manière aiguë dont s'effectue l'efflorescence des métastases, laquelle correspond au syndrome métastatique aigu décrit par Huguenin. Il faut observer que les noyaux secondaires se localisent surtout dans la région cortico-sous-corticale, précisément dans la fosse dont l'irrigation est la plus pauvre, et que cette infestation cérébro-médullaire se réalise par la voie sanguine et non par la voie des lymphatiques.

#### Discussion

M. André THOMAS fait remarquer que les cas les plus intéressants sont ceux se traduisant d'abord par un symptôme nerveux. Dans ces cas trompeurs, les examens systématiques complets sont utiles.

M. LHERMITTE a vu ainsi un cas révélé seulement par un examen après injection de lipiodol.

M. THIÉBAULD, M. GARÇIN rapportent des cas personnels à début trompeur par métastase vertébrale.

Pour M. BAUDOUIN, la notion de cancer primitif pulmonaire ne contre-indique pas forcément l'intervention.

#### Syndrome strié de l'enfance à type particulier, par M. J. LHERMITTE, M<sup>lle</sup> BOUCABEILLE et M. CAHEN.

L'affection que présente le malade a débuté dès les premiers mois de la vie, mais a permis une existence normale jusqu'à 10 ans. Les premiers signes consistent en spasmes toniques d'élévation des mains occasionnés par l'émotion et la surprise. Puis survinrent les spasmes plus prolongés des membres inférieurs à type d'hyperextension, accompagnés de contractures toniques du tronc, tétanoïdes. Actuellement, la station et la marche sont

impossibles et la moindre émotion déclanche un état spasmodique généralisé. Le tonus est abaissé et on ne retrouve qu'un minimum de symptômes pyramidaux. Cette affection ne rentre exactement dans aucune maladie définie du système extra-pyramidal et pourrait se placer entre l'état dysmyélinique de Vogt et la dystonie musculaire déformante.

#### Discussion

M. BABONNEIX remarque que dans la maladie des Vogt l'évolution est plus rapide.

Pour M. MOLLARET, il s'agit peut-être de l'état dysmyélinique, d'évolution moins grave, décrit également par M. et Mme Vogt.

#### **Encéphalopathie chronique infantile à forme atonique (maladie de Forster), par M. HEUYER, M<sup>me</sup> ROUDINESCÔ et M<sup>lle</sup> HAGUEN UER.**

Un enfant présente une hypotonie musculaire généralisée, associée à un retard intellectuel qui fait éliminer l'hypothèse d'une maladie d'Oppenheim. Il n'existe aucun signe neurologique surajouté. Il s'agit probablement d'un syndrome de Forster, et l'on va tenter un traitement au sulfarsénol.

#### Discussion

Pour M. GARCIN, dans ces cas, le diagnostic avec la maladie d'Oppenheim est important, en raison du pronostic différent.

M. THOMAS estime qu'il faut distinguer hyperextensivité et hyperpassivité et qu'il ne s'agit peut-être pas ici d'hypotonie.

M. HEUYER répond que l'hypotonie de son malade est évidente.

#### **Fixité totale et permanente du regard par hypertonie des muscles oculo-moteurs, par MM. MONIER-VINARD, VELTER et G. OFFRET.**

Observation d'un malade de 44 ans dont les mouvements volontaires des globes oculaires ainsi que la plupart des mouvements automatique-réflexes sont abolis. On ne peut obtenir de déplacement des globes que par trois moyens : l'excitation labyrinthique, l'occlusion contrariée des paupières, la recherche du réflexe cornéen. Dans le passé pathologique du malade on retrouve : des troubles du sommeil, de la polydypsie avec polyurie, des troubles génitaux. En octobre 1937 : des algies du membre supérieur droit ; en décembre 1938 : une période d' hypersomnie accompagnée d'hypertonie musculaire.

Les auteurs discutent la nature et le mécanisme de la fixité du regard. Ils éliminent l'hypothèse d'une ophtalmoplégie nucléaire bilatérale. Ils discutent la possibilité d'une paralysie de fonction. L'hypothèse d'un trouble moteur dû à une hypertonie des muscles des globes leur paraît mieux expliquer les troubles constatés : dissociation de la motilité automatique-réflexe, anomalies de la réponse labyrinthique, aggravation du trouble oculaire après un épisode évolutif de la maladie. L'épreuve à la scopolamine a rendu un peu de liberté aux mouvements oculaires. La localisation à la calotte pédonculaire paraît probable. Il s'agit certainement d'une infection à virus neurotrope, comme le prouve un épisode évolutif récent.

En conclusion, ce malade pose le problème de l'origine hypertonique de certains troubles de la motilité oculaire.

*Discussion*

M. MOLLARET suggère qu'il s'agit peut-être d'une paralysie de fonction.  
 M. BARRÉ a observé un cas curable dont l'étiologie est restée inconnue.  
 M. WALTER pense qu'il ne s'agit pas d'une paralysie du regard. Il y aurait des symptômes associés.

**Un cas d'agueusie datant de 20 ans, par MM. ALAJOUANINE et MIGNOT.**

Le malade présente une diminution de la force musculaire, des fibrillations musculaires, une atrophie faciale légère. L'évolution a débuté il y a vingt ans par de l'agueusie, elle se fait par à-coups et l'on a pensé d'abord à la possibilité d'une sclérose latérale amyotrophique ou d'une syringomyélie. Il semble s'agir d'une poliencéphalite.

M. LECONTE.

## Groupement Français d'Etudes de Neuro-Psychopathologie Infantile

*Séance du Lundi 23 Janvier 1939*

**Présidence : M. BRISSOT, vice président**

**Cyclothymie et schizophrénie (présentation de malade),  
par M. BRISSOT et M<sup>lle</sup> GRAVEJAL.**

On a rapporté récemment des cas de cyclothymie évoluant, après un nombre plus ou moins grand d'accès typiques, vers la démence précoce. Les auteurs présentent un cas paraissant entrer dans ce cadre. Un garçon de 17 ans, dont la mère est internée pour cyclothymie, entre dans le service avec un diagnostic de schizophrénie, avec agitation. Quelques jours après, l'agitation cède ; l'enfant paraît presque normal. Il présente successivement des accès d'agitation à type de manie atypique avec grossièreté et des intervalles de calme pendant lesquels il conserve du puérilisme, une certaine incohérence, de l'indifférence. S'agit-il d'une démence précoce successive à une cyclothymie ? Les auteurs posent la question sans la résoudre.

*Discussion*

M. HEUYER a déjà eu l'occasion d'observer l'enfant il y a deux ans environ, et le même problème s'était déjà posé. Cet enfant présentait des accès

de manie atypiques par la méchanceté foncière dont il faisait preuve. D'autre part, il est certain que la manie pure est rare avant la puberté.

Les cas comme celui de ce garçon sont très intéressants à étudier. Il faudrait profiter de la période actuelle de calme pour refaire un examen complet (en particulier un test de Terman) et le comparer avec les résultats des examens faits il y a deux ans. On constaterait peut-être un affaiblissement intellectuel de valeur diagnostique importante.

M. DUBLINEAU pense que ce serait la question de la manie coléreuse qui pourrait se poser, étant donné le caractère agressif de l'enfant en période d'excitation. Les tests de caractère montreraient peut-être des tendances paranoïaques.

**Les tests P.V. dans un groupe scolaire parisien (Résultats globaux et moyennes), par M<sup>mes</sup> ROUDINESCO et VIOLET.**

Les auteurs ont fait une enquête montrant les rapports entre le niveau scolaire et le niveau intellectuel. Elles ont opéré sur 124 enfants d'école, enfants normaux, et employé le procédé d'évaluation des quotients intellectuels. Ceux-ci vont de 60 à 145, en éliminant deux cas très extrêmes.

La plupart des enfants sont entre 84 et 120, et l'on pourrait placer les limites normales de l'intelligence entre ces deux chiffres, qui sont différents de ceux de Terman ; celui-ci considère qu'un quotient d'intelligence de 80 est à la limite de la normale.

*Discussion*

M. VILLEMEN remarque qu'en effet, un enfant d'un quotient intellectuel de 80 doit être exclu des classes normales, du moins dans les classes parisiennes surchargées.

M. DUBLINEAU fait remarquer que ce n'est peut-être pas vrai pour le reste de la France.

Pour Mme JADOT, les tests P.V. première partie sont trop faciles.

Mme ROUDINESCO répond qu'elle a tenu compte, pour réparer cette facilité, du facteur temps. Elle va exécuter des tests individuels chez les enfants d'intelligence supérieure, ayant un retard scolaire, et chez ceux d'intelligence inférieure à 80 ayant une instruction supérieure à leur âge.

Mme PERNAY. — Les tests P.V. sont inscrits au crédit de la Ville de Paris.

M. HEUYER fait remarquer l'intérêt qu'il y aurait à déceler le nombre d'arriérés en France. L'évaluation exacte en serait délicate, — les tests P.V. perdant de leur valeur dans les campagnes, — et onéreuse.

M. TOURNAY fait observer que, quelle que soit la dépense, elle serait facilement compensée par l'économie réalisée par la récupération des arriérés.

M. HEUYER propose qu'on établisse un projet complet avec le budget nécessaire, afin de le présenter au Ministère.

S. LECONTE.

---



## Société de Médecine mentale de Belgique

---

Séance du 28 Janvier 1939

---

Présidence : M. E. DE GREEFF, président

---

### De l'hormone au comportement humain, par M. E. DE GREEFF (discours présidentiel)

Le développement croissant des données de l'endocrinologie déplace progressivement la compréhension des problèmes psychopathologiques.

De purement associative qu'est encore la plupart du temps la psychiatrie officielle, elle tend néanmoins à s'intégrer dans le vaste mouvement psychologique contemporain.

L'explication d'un comportement humain, par le seul type endocrinologique de l'individu, explication genre Pende, quoique ingénieuse, ne répond pas à la complexité du problème. Dans cet ordre d'idées, seul, Krestchmer, a construit une synthèse utilisable. Mais le problème n'est pas épuisé. Et l'on peut se demander si l'étude des réactions instinctives ne peut apporter quelque secours. Les idées concernant l'instinct ont beaucoup évolué relativement à ce qu'elles étaient pour Fabre et pour Wundt. La question de l'instinct « pur automatisme » a laissé une place de plus en plus grande à la notion de tendance, venant s'éveiller sous l'influence d'une excitation appropriée, à laquelle un organisme est sensible entre des milliers d'autres, soit à cause d'une organisation physique ou organo-psychique prédéterminée, soit sous l'influence d'un stimulus interne spécifique, type hormonal, survenant à un moment déterminé par l'espèce.

Le problème résolument abordé par James, et qui a continué de se développer dans la psychologie anglo-saxonne et américaine, fut abordé aussi par des psychiatres tels que Freud, lequel a donné une interprétation de la conduite humaine par l'instinct. On peut considérer que la grande innovation de Freud fut moins d'avoir mis en avant le rôle joué par la sexualité, que d'avoir établi la possibilité, selon lui, de voir un instinct se servir de tout l'homme, et le diriger, au moyen de son intelligence et de ses recherches, vers le but unique d'espèce.

Freud montre l'inconscient dirigeant le comportement humain, non pas directement, mais par l'intermédiaire des nombreux mécanismes révélés par la psychanalyse. De son côté Adler démontrait comment l'instinct de puissance influençait l'homme, là où on ne songerait pas à le faire intervenir, et le fameux complexe d'infériorité est bien autre chose qu'une simple explication psychologique. Ici aussi, c'est toute la vie affective, émotive, instinctive

tive qui joue un rôle prépondérant. Généralement d'ailleurs les auteurs sont d'accord pour relier les émotions à la vie instinctive. Continuant leur direction initiale, des psychologues de langue anglaise, parmi lesquels Mac Dougall brille d'un éclat particulier, parviennent tout en s'élevant contre Freud à interpréter le comportement humain sous le signe des tendances instinctives. Mac Dougall arrive à concevoir comme nécessaires pour la production d'actes vraiment instinctifs, un processus de connaissance, processus sélectif, mais complexe, et où intervient la perception synthétique de l'excitant, excluant le simple réflexe conditionnel (ceci nous rapprocherait même de la théorie de la forme) ; un processus émotif, accompagnateur régulier de la tendance instinctive ; le tout faisant partie d'un ensemble, d'ailleurs inexplicable, qui constitue l'inclination vers la « tendance hormique » laquelle constitue en quelque sorte l'inscription, la forme de la tendance instinctive dans l'organisme. Cette manière de voir de Mac Dougall nous ramène à des conceptions psychologiquement admissibles concernant l'instinct et la possibilité pour le psychiatre de maintenir le contact à la fois entre l'endocrinologie et la physiologie, les exigences des données psychologiques en général et celles qui concernent la formation de la personnalité en particulier.

**Contribution à l'étude des maladies de la substance blanche ; la leucodystrophie progressive avec corps métachromatiques,** par MM. L. VAN BOGAERT et A. DE WULF.

Les auteurs rappellent la classification établie par Moreau dans son rapport en 1932, et rapportent le cas d'un homme de 37 ans dont l'affection a évolué pendant 17 années avec des troubles de la marche, de la parole, des contractures, des signes pyramidaux, des mouvements involontaires et des troubles mentaux. Une enquête généalogique n'a pu être pratiquée.

L'examen anatomique révéla une démyélinisation extensive, d'avant en arrière, avec sclérose névroglie s'étendant bien au delà de la perte en myéline. Des corps granuleux métachromatiques se trouvent disséminés dans tout le parenchyme, sans rapport avec les vaisseaux. On ne retrouve pas de métachromasies dans les autres organes. Il existe une dissociation entre la sclérose diffuse et la démyélinisation. Les auteurs ne pensent pas que les cas avec métachromasie doivent être séparés de la leucodystrophie.

**Association des thérapeutiques par l'insuline et par le cardiazol, dans le traitement de la démence précoce,** par MM. H. BAONVILLE, J. LEY, A. et J. TITECA.

L'inconvénient du cardiazol est l'angoisse que la crise convulsive détermine chez la plupart des malades. L'insuline n'a pas ce désavantage ; elle permet de graduer les actions thérapeutiques. Cependant, les deux méthodes — insuline et cardiazol — ne s'excluent pas. Les auteurs citent des exemples dans lesquels la disparition de reliquats délirants après insulinothérapie a été obtenue par le cardiazol administré en état de somnolence insulinaire.

J. LEY.

## Société Belge de Neurologie

---

Séance du 28 Janvier 1939

---

Présidence : M. R. NYSEN, président

---

### Sclérodémie et anémie perniciose, par M. MOREAU

La rareté de l'association d'anémie à la sclérodémie fait l'intérêt de cette présentation. Il s'agit d'une femme de 31 ans, chez laquelle on vit se développer après une période de lassitude, des atrophies musculaires avec abolition des réflexes tendineux, hirsutisme, bouffissure avec coloration vineuse de la face, puis de la sclérodémie marquée, en même temps qu'une anémie perniciose. Polynévrite anémique, myopathie, sclérodémie, tels sont les diagnostics discutés.

### Un cas d'atrophie cérébelleuse chez l'enfant, par M. BUSSCHAERT.

Présentation d'une fillette de 14 ans chez laquelle on vit se développer à la suite d'une encéphalopathie de la première enfance, un syndrome pyramidal du type Millard-Gubler. Petit à petit, cette symptomatologie s'est estompée pour faire place à un syndrome cérébelleux. Généralement c'est l'inverse qu'on observe, et ces affections dégénératives consécutives aux encéphalopathies de l'enfance se terminent par la spasticité.

### Accidents post-vaccinaux, par M. MAGE.

Présentation de trois jeunes hommes ayant fait à la suite des vaccinations jennérienne et anti-typhique pratiquées à l'armée des troubles graves, exclusivement moteurs, par atteinte du neurone périphérique. Ces sujets ont présenté des paralysies avec atrophie musculaire considérable. La responsabilité des vaccins est évidente, mais la pathogénie exacte de ces accidents est encore obscure. Il y a lieu de ne pas faire se succéder trop rapidement les deux vaccinations.

### Les polyradiculonévrites. Contribution clinique et anatomique, par M. MAGE.

Présentation d'un sujet atteint d'un syndrome de Guillain et Barré atypique d'origine infectieuse, et relation de trois cas typiques du même syndrome, avec diplopie faciale, dont un est décédé par paralysie des muscles respiratoires.

L'examen anatomo-pathologique montre les infiltrations lymphocytaires qui correspondent aux descriptions des quelques cas déjà connus dans la littérature.

**Tremblement antagoniste intentionnel unilatéral apparu chez un paralytique général après malarisation, par M. J. TITECA.**

Présentation d'un paralytique général chez lequel on vit apparaître après malarisation, du côté gauche, un tremblement intentionnel avec mouvements antagonistes très accusés. En même temps on vit la formule humorale passer du type paralysie générale au type syphilis cérébrale.

Des troubles localisés d'artérite ou une gomme sont probablement responsables de ces phénomènes.

**Tumeur frontale et oligophrénie, par M. MASSAUT.**

Etude anatomo-clinique du cas d'un oligophrène à l'autopsie duquel on découvrit une tumeur du lobe frontal droit (glioblastome multiforme) s'étendant le long du corps calleux jusque dans le lobe frontal gauche. Il ne présentait des signes de tumeur cérébrale que pendant les trois dernières semaines de sa vie et mourut avant l'opération. Comme il se plaignait depuis longtemps de céphalées épisodiques et qu'au point de vue mental un syndrome frontal existait chez ce malade, on peut se demander quelle fut la part de l'oligophrénie.

J. LEY.

---

# ANALYSES

---

## LIVRES, THÈSES, BROCHURES

---

### MÉDECINE LÉGALE

**Introduction à la Criminologie**, par le Dr Etienne DE GREEFF, professeur à l'Ecole des Sciences Criminelles de Louvain (1 vol. in-8°, 362 pages, *Préface* de M. le Professeur L. BRAFFORT, président de l'Ecole des Sciences Criminelles de l'Université de Louvain, in « *Collection des Controverses Criminologiques de l'Ecole des Sciences Criminelles de l'Université de Louvain* », 1 volume hors série n° 1, in-8°, 362 pages. « Editions de l'Ecran », Louvain 1937).

L'étude du criminel, écrit le Professeur E. De Greeff, ne doit pas se faire dans l'absolu, mais d'une manière essentiellement comparative, en comparant les actes délictueux aux actes normaux, aux divers points de vue, psychologique, intellectuel, social, moral, en comparant la personnalité, physique et psychique, des délinquants, avec celle des sujets honnêtes, en se gardant de méthodes statistiques appliquées de manière unilatérale. Le criminel est, avant tout, un être humain : il ressemble beaucoup plus aux autres humains qu'il n'en diffère, inconscient comme eux des influences secrètes exercées sur ses déterminations par des facteurs plus ou moins morbides.

La criminologie est tributaire de trop de sciences pour avoir pu déjà acquérir une véritable autonomie. Si, pour le pathologiste pur, le crime est l'effet de troubles morbides, d'altérations organiques et physiologiques, il faut bien admettre cependant que le crime est avant tout un phénomène social, et tenir compte de l'aspect social et moral de la question. La notion de faute, la notion de culpabilité en soi, est une notion psychologique élémentaire. Le sentiment de responsabilité est un fait indéniable, mais le sentiment de responsabilité subjective ne correspond pas toujours à la réalité. Il ne saurait discriminer des catégories d'individus et est inutilisable en pratique criminologique. A mesure que la notion de traitement se substitue au concept de répression, la connaissance exacte de la personnalité par un examen anthropologique et psychologique complet tend à remplacer le dosage de la responsabilité. Ceci suppose une spécialisation criminologique



de plus en plus grande de la part du magistrat chargé d'adapter à chaque cas une mesure appropriée.

M. E. De Greeff étudie successivement l'hérédité en criminologie, facteur d'importance extrême mais non d'action directe, le milieu inéluctable et ses facteurs criminogènes à longue échéance, ainsi que le milieu choisi. Plus un sujet est normal et sain, moins il est à même de subir les effets provoquants ou libérateurs du dehors.

Peu nombreux sont aujourd'hui ceux pour qui le criminel représente un type biologique déterminé mais l'étude de la personnalité anatomo-physiologique comparée n'en est pas moins d'une extrême importance. Le crime est en effet surtout commis par des sujets présentant des tares diverses, le plus souvent multiples, morphologiques ou physiologiques, dont la caractéristique générale est de rendre plus difficile leur adaptation à la vie.

La criminologie est essentiellement tributaire de la psycho-pathologie. M. E. De Greeff consacre un important chapitre à la personnalité comparée du délinquant, aux manifestations successives dans le temps de la personnalité humaine. Il décrit les types principaux de déséquilibres, l'influence de la vie collective. La criminalité individuelle s'exerce souvent par ou sous le couvert de la criminalité des foules. Il existe à tout moment, en toute foule, un fonds de sauvagerie, de perversité, de sadisme, qui tend à la libération de tendances latentes et refoulées et se manifeste par la criminalité, synchronisée ou non synchronisée des foules.

On trouvera ici la technique proposée par l'auteur pour établir l'observation du délinquant en tenant compte à la fois des données générales, dont on se contente trop souvent, et des données individuelles qu'on ne peut connaître qu'en confrontant l'histoire individuelle vécue par le sujet, vécue par l'entourage, vécue par la Société. Cette triple histoire reconstituera la vie dans laquelle, à un moment donné, un crime s'est passé, reconstitution très difficile et sans valeur si chaque événement de la vie du sujet n'est pas traduit en termes psychologiques ou psycho-pathologiques.

L'auteur étudie ensuite le crime passionnel et ses diverses variétés, les différents types de voleurs et d'escrocs, les délinquants sexuels en rapports ou non avec un certain degré de perversion sexuelle.

L'ouvrage se termine par des pages d'un grand intérêt social sur la prophylaxie générale et individuelle de la délinquance et sur le traitement médical, social, pénitentiaire du criminel. L'eugénique, écrit M. E. De Greeff, doit envisager l'amélioration progressive du niveau moyen de la population. « La prophylaxie du crime, basée sur la simple stérilisation des criminels est une utopie. » La répression doit être envisagée sous deux aspects différents : l'aspect « défense sociale pure », qui ne tient pas compte de la vie spirituelle de la collectivité, et l'aspect « réhabilitation morale », « reclassement moral » se superposant au premier mais ayant ses exigences propres. Il faut tendre suivant les cas : 1° à la réhabilitation morale ; 2° sinon au moins à la compensation des défauts ; et, dans les cas peu favorables, 3° s'en remettre à l'assistance sociale, aux organismes de défense sociale, ou même 4° prolonger si nécessaire la privation de liberté.

Une courte analyse ne peut indiquer tout ce que renferme ce livre, d'ailleurs facile à lire, et qui n'a rien de la sécheresse de bien des Traités. Riche d'idées, et d'idées personnelles, il contient de nombreux faits et atteint bien le but de l'auteur : remplacer une simple appréciation subjective par un ensemble aussi objectif que possible et une analyse réelle du délinquant ou

du criminel, créer une atmosphère où les certitudes, moins nombreuses peut-être, sont aussi plus solides, et contribuer « à rendre moins lointaine et moins utopique l'individualisation de la peine ».

René CHARPENTIER.

**Jalousie et criminalité**, par Aug. LEY, Professeur de Psychologie à l'Université de Bruxelles (1 brochure in-8°, 10 pages, Särtryck ur Festkrift Fällägnad Olof Kinberg, A. B. Asbrink and Co, Stockholm, 1938).

Les réactions violentes au sentiment de jalousie peuvent s'observer déjà chez l'enfant et M. Aug. Ley en rapporte des exemples. Si l'on considère qu'elle existe chez l'animal, qu'elle amène déjà des réactions criminelles chez le jeune enfant, et qu'elle persiste chez l'eunuque, la jalousie apparaît comme une réaction instinctive fondamentale et primitive, basée sur l'instinct de propriété avec intervention de l'instinct de domination et de puissance et de l'amour-propre. Lorsque la jalousie amoureuse se complique de pertes pécuniaires, de ruine, les réactions de propriétaire dépossédé se trouvent fortement exaltées. Chez l'adulte, la jalousie est une émotion normale et quasi-constante de l'amour. Les réactions violentes de la jalousie concernent le plus souvent des sujets névropathes, d'hérédité alcoolique, ou alcooliques chroniques. Sur 60 cas de criminalité jalouse, l'auteur n'a trouvé qu'un seul cas de jalousie pure, normale, sans intervention évidente de facteurs héréditaires ou alcooliques.

M. E. De Greeff a attiré l'attention sur l'importance, dans la jalousie, du sentiment d'injustice subie. La constitution émotive, sans caractère pathologique, prédispose nettement à la criminalité jalouse. Le complexe d'infériorité personnelle intervient aussi parfois.

La jalousie morbide, fréquente, se rencontre surtout chez les paranoïques interpréteurs, s'accompagne parfois de l'idée de l'inceste, et peut aussi être une jalousie homosexuelle. L'absence totale de regrets et de remords, la persistance de l'idée qu'ils ont fait acte de justice, parfois aussi la réaction de satisfaction et de joie après l'acte criminel, sont fréquents chez les criminels interpréteurs morbides et chez les paranoïques hallucinés.

Les réactions violentes de la jalousie féminine sont plus rares, mais, parfois, d'une violence extrême. La femme est généralement plus disposée que l'homme à accepter le partage.

La réaction criminelle jalouse est rarement un phénomène passionnel pur. C'est, ajoute le Professeur Aug. Ley, dans l'intellectualisation et la socialisation des tendances inférieures instinctives, dans l'hygiène mentale et la prophylaxie criminelle, que réside la thérapeutique de la criminalité jalouse.

René CHARPENTIER.

## JOURNAUX ET REVUES

### PSYCHIATRIE

**La mentalité haïtienne**, par le Dr Louis MARS (articles extraits de plusieurs revues éditées à Port au Prince, *Revue d'Histoire et de Géographie*, mars 1936, *Bulletin du Service d'Hygiène et d'Assistance publique*, juin 1938, *Les Griots*, juillet 1938).

L'objet de ces travaux est la population noire issue des Africains importés comme esclaves en Haïti après la découverte de cette île par les Espagnols en 1492. A la lumière de ses vastes connaissances acquises dans son pays et à Paris, l'auteur arrive entre autres conclusions, à celle-ci.

La mythomanie et la paranoïa qui, dans la plupart des collectivités étudiées jusqu'à présent, se rencontrent seulement chez quelques individus, existent presque chez tous les Haïtiens.

Mais tandis que la mythomanie paraît avoir pour condition un retard dans l'évolution ontogénique des Haïtiens, ce qui porte à considérer leur caractère mythomane comme de nature physiologique, il n'est pas sûr qu'il en soit de même de la paranoïa. Avant de se prononcer sur la nature physiologique ou pathologique de leur caractère paranoïaque, il faudrait éclaircir plusieurs problèmes, et notamment le rôle du complexe d'infériorité des nègres haïtiens qui est peut-être né de l'asservissement de la race noire par la race blanche et qui justifie la conviction qu'ils ont d'être persécutés, conviction que l'auteur appelle diognoidisme (diognos en grec signifiant persécution).

Rappelons que la République d'Haïti où le français est la langue nationale, et où la culture française est passionnément pratiquée, est un foyer d'activité intellectuelle extrêmement intéressant surtout en matière sociologique et psychologique. En effet, on y voit réalisée la condition idéale de l'observation d'une collectivité de race noire, par des psychologues de même race et possédant la science des races blanches les plus évoluées. Aussi les revues où ont paru les articles de notre jeune et savant confrère, le Dr Louis Mars, membre associé de la Société Médico-Psychologique, professeur de psychiatrie à Port-au-Prince, notamment celle des Griots, sont des plus instructives.

Paul COURBON.

**Sur le mécanisme des crises d'angoisse vespérales et nocturnes de l'enfant**, par André OMBREDANE, M<sup>mes</sup> SUARÈS et CANIVET (*Bull. du Groupement français d'études de neuro-psychopathologie infantile*, 1938, n° 3, p. 49).

Les auteurs rapportent deux intéressantes observations de crises d'angoisse vespérales dont l'apparition a pu être facilitée par un épisode infectieux mais qui se sont reproduites longtemps après la disparition de tout signe organique et dont la guérison fut obtenue après une cure psychothérapique très courte. La persistance de l'angoisse après la disparition rapide des

symptômes organiques et la guérison presque immédiate par la psychothérapie, confirment l'importance du déterminisme psychologique dans les terreurs vespérales et nocturnes de l'enfant.

R. C.

**Définition de la débilité mentale**, par M. Edouard PICHON (*Bull. du Groupe-ment français d'études de neuro-psychopathologie infantile*, 1938, n° 3, p. 74).

Continuant la discussion engagée sur ce sujet, M. Ed. Pichon estime que le nom de « débilité mentale » étant appliqué depuis Chaslin au syndrome de sottise, il serait préférable, pour éviter cette équivoque, de dire « déficience intellectuelle » ou « faiblesse intellectuelle ».

D'autre part, ce que l'on mesure à l'aide d'un test est très différent de ce qu'on appelle l'intelligence dans des phrases comme : « Un tel est intelligent ». Et la puberté ne marque pas chez tous les sujets le plafond de l'intelligence. Il faut se défier beaucoup de ce que l'on mesure à l'aide d'un test, et surtout préciser ce que l'on entend par « intelligence ».

R. C.

**Le syndrome de l'atrophie éthique post-encéphalitique** (El síndrome de Atrofia Etica post-encefalitica), par Lanfranco CIAMPI. *Boletín del Instituto psiquiátrico*, n° 20-21, p. 7-25, Rosario, 1937.

L'encéphalite épidémique laisse fréquemment chez l'enfant et l'adolescent des séquelles psychiques graves qui se traduisent par des troubles ressortissant aux perversions instinctives. Après une phase initiale d'excitation apparaissent l'inquiétude et l'irritabilité, puis le sujet devient rapidement un anti-social, un révolté agressif. D'autres maladies toxiques et infectieuses ont les mêmes conséquences. A côté des dégénérés, on voit des sujets initialement sains atteints par ce syndrome d'atrophie éthique. La détermination légale de la responsabilité et des sanctions est très délicate en dehors de la phase aiguë. La nécessité de soins dans un établissement de rééducation spécialisé est évidente.

P. CARRETTE.

**Méningo-encéphalite saturnine**, par H. BAONVILLE, J. LEY et J. TITECA (Travail du Centre psychiatrique de Bruxelles, *Psychiatrische en Neurologische Bladen*, 1935, n° 1).

Nombre d'accidents psychiques apparaissant chez les saturnins n'ont qu'un rapport indirect, lointain avec l'imprégnation des centres nerveux par le plomb. L'artériosclérose, l'alcoolisme, la néphrite chronique en sont souvent la cause directe. Le malade, âgé de 36 ans, qui fait l'objet de cette observation, présentait depuis une dizaine d'années les manifestations générales du saturnisme et indemne de syphilis et d'alcoolisme, ne possédait pas de lésions tuberculeuses évolutives, lorsqu'il fut atteint de troubles mentaux graves, d'allure confusionnelle, avec une vive réaction méningée décelée par la ponction lombaire.

Des travaux modernes, on peut conclure que le plomb dans l'organisme est rapidement emmagasiné dans le squelette à l'état de phosphate inso-

luble et inoffensif. Mais, libéré à la faveur d'une modification dans les constantes biologiques des humeurs (et notamment du pH), par la circulation générale, il peut attaquer directement le système nerveux central, à l'aide d'une variation de la perméabilité méningée et provoquer les troubles psychiques et nerveux de l'encéphalopathie saturnine.

R. C.

**Sur un cas de psychose paludéenne**, par G. CARNAVELI (Perugia). *Annali Dell' Ospedale Psichiatrico di Perugia*, juin 1937.

L'auteur étudie un cas de psychose malarique constitué par un état confusional avec prédominance de phénomènes hallucinatoires. Son observation est suivie de considérations cliniques et pathogéniques sur les psychoses paludéennes en général. Il envisage la possibilité d'altérations particulières de l'encéphale, provoquées par le plasmodium lui-même.

Paul ABÉLY.

**Ischémie cérébrale et troubles mentaux** (Cerebral Ischaemia and Mental Disorder), par F.-A. PICKWORTH. Réunion annuelle de la *Royal Medico-Psychological Association*, 7-9 juillet 1937, in *The Journal of Mental Science*, T. LXXXIII, n° 346, p. 512-533, septembre 1937.

Les phénomènes d'ischémie cérébrale observés après les traumatismes crâniens, l'artério-sclérose, les localisations inflammatoires des paralytiques généraux, la propagation des foyers infectieux de voisinage, les intoxications, produisent des syndromes neuro-psychiques dont le mécanisme est révélé par l'étude de la physiologie de l'encéphale. M. Pickworth montre comment la connaissance du problème progresse grâce à l'appoint de l'endocrinologie et de l'expérimentation. Il établit les rapports possibles des altérations cellulaires, des défauts du contact des synapses avec les désordres psychiques : confusion, impossibilité de l'effort et des associations, dépression et anxiété, etc...

P. CARRETTE.

**Psychoses associées à l'hypertension, à l'artério-sclérose et à l'insuffisance cardiaque** (Psychoses Associated with Hypertension, Arteriosclerosis and Heart-Failure), par W. MAYER-GROSS. Réunion annuelle de la *Royal Medico-Psychological Association*, 7-9 juillet 1937, in *The Journal of Mental Science*. T. LXXXIII, n° 346, p. 551-561, septembre 1937.

Les troubles psychosiques associés d'une manière directe à l'accroissement de la pression artérielle cérébrale sont l'état crépusculaire et la crise émotive. Les prodromes font redouter une attaque épileptiforme. L'état crépusculaire dure plusieurs jours. Les fluctuations émotives sont très variables et aboutissent souvent à un accès dépressif. Les complications habituelles sont la crise épileptiforme et la déchéance de la personnalité : peurs, incertitude conduisant à l'inadaptabilité. Aussi, dans les états paranoïdes secondaires, sont-ils généralement marqués par des poussées d'anxiété intense.

P. CARRETTE.



**La psychopathologie de la maladie de Pick** (The Psychopathology of Pick's Disease), par Kurt GOLDSTEIN et Siegfried E. KATZ. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XXXVIII, n° 3, p. 473-490, septembre 1937.

L'auteur croit qu'un psycho-diagnostic de la maladie de Pick est possible. Un état confusionnel assez particulier est observé dès le début. L'obnubilation profonde et la difficulté d'expression de la pensée coïncident avec un ensemble de réactions adéquates aux sollicitations répétées. L'anamnèse est assez typique. Un syndrome « frontal » s'impose fréquemment dans l'ensemble des désordres psychologiques.

P. CARRETTE.

**Troubles mentaux consécutifs aux traumatismes crâniens** (Mental disorders following Head Injury), par C.-P. SYMONDS. *Proceedings of the Royal Society of Medicine, section of Psychiatry*. T. XXX, n° 4, p. 33-46, juillet 1937.

Dans les traumatismes de l'extrémité céphalique, dit l'auteur, il ne s'agit pas seulement de trauma, mais aussi et surtout de cerveau. Ce qui signifie que la constitution du sujet joue un rôle important dans l'éclosion et l'évolution des séquelles mentales. C'est à la suite des traumatismes crâniens que l'on rencontre le maximum de neurasthénies post-commotionnelles. Les hystériques et les anxieux y trouvent l'occasion de poussées tenaces ou l'origine de syndromes hypochondriaques incurables. Le diagnostic différentiel avec les psychoses liées à l'hypertension intracrânienne ou aux hémorragies sub-arachnoïdiennes est d'ailleurs très délicat. A noter également dans les démences post-traumatiques la fréquence des réactions anxieuses et de l'irritabilité.

P. CARRETTE.

**Rapports de l'hypothalamus avec les troubles de la personnalité** (Relations of the Hypothalamus to Disorders of Personality), par Bernard J. ALPERS. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XXXVIII, n° 2, p. 291-303, août 1937.

M. Alpers a observé un cas de tumeur dermoïde du troisième ventricule entraînant des lésions sévères de l'hypothalamus à l'exception du noyau mamillo-infundibulaire. Il n'y a ni hydrocéphalie, ni hypertension intracrânienne. Les troubles du caractère, les réactions maniaques d'allure colérique ne peuvent être attribuées à des lésions du cortex. Ces manifestations seraient en rapport avec l'irritation de la partie postérieure de l'hypothalamus libérée du contrôle cortical.

P. CARRETTE.

**Psychodynamisme de l'alcoolisme chronique** (The Psychodynamics of Chronic Alcoholism), par Robert KNIGHT. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. T. LXXXVI, n° 5, p. 538-548, novembre 1937.

Etude du tempérament le plus communément observé chez l'alcoolique chronique. Les procédés psychologiques utilisés par M. Knight pour le traitement de l'alcoolisme chronique exigent beaucoup de patience et de finesse. Les périodes d'abstinence s'écoulent généralement dans un état neuro-psychopathique qu'il importe de corriger. Les rechutes ne doivent pas être interrompues brusquement, mais surveillées et la rééducation être

entreprise dans une atmosphère favorable. Les médications calmantes et régulatrices fournissent un appoint indispensable, parce que les désordres émotifs et l'hyperesthésie affective, — terrain habituel fortifié depuis l'enfance, — rendraient vain tout essai de réadaptation.

P. CARRETTE.

**Etude de la personnalité des femmes alcooliques** (Personality Studies in Alcoholic Women), par Frank J. CURRAN. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. T. LXXXVI, n° 6, p. 645-667, décembre 1937.

Il n'est pas rare de voir l'alcoolisme chronique évoluer chez la femme en dehors de tout délire. Les troubles sensoriels, plus fréquemment auditifs que chez l'homme, se traduisent souvent par des idées de persécution à caractère hétéro-sexuel, tandis qu'elles sont à tendance homo-sexuelle chez l'homme. Elles engendrent l'anxiété par la crainte de mutilations génitales ou d'événements dramatiques englobant les parents proches avec la certitude de leur hostilité ou de leur mort violente. Bref, le délire est moins fréquent chez la femme, mais affecte beaucoup plus profondément la personnalité.

P. CARRETTE.

**Sur la psychose hallucinatoire chronique** (Sulla pricosi allucinatoria cronica), par Alberto ROSTAN (Milan). *Neopsichiatria*, novembre-décembre 1937, n° 6, p. 547-581.

A propos de quatre observations, l'auteur passe très rapidement en revue le problème des hallucinations et celui de l'autonomie, la psychose hallucinatoire chronique. Contre l'opinion de Berlucchi, qui a publié sur la question une importante étude à laquelle il se réfère peu, Rostan conclut que ces cas de psychoses hallucinatoires chroniques, doivent tout au moins, pour le moment, être séparés des syndromes schizophréniques en raison de la prévalence des troubles psycho-sensoriels, le peu d'importance du délire et l'absence ou la légèreté de l'affaiblissement intellectuel. Plutôt qu'aux syndromes schizophréniques des formes paraissent appartenir au groupe des paraphrénies (Halberstadt). Quant aux hallucinations, il se pourrait qu'intervienne dans leur mécanisme une composante mésencéphalique. L'auteur n'a pas eu connaissance de la thèse récente de Nodet sur ce problème.

Henri Ey.

**Schizophrénie** (Esquizofrenia), par Gonzalo BOSCH. *Boletín del Instituto psiquiátrico*, n° 20-21, p. 26-39, Rosario 1937.

Le professeur Bosch classe la schizophrénie dans le cadre des syndromes constitutionnels, mais l'examen des phases évolutives et les résultats des traitements récents prouvent que l'évolution n'est pas fatale, ni uniquement subordonnée à une désadaptation psychique. Les facteurs névrosiques initiaux et la démence terminale des cas graves montrent que, sur un terrain préparé, s'est développé un processus physiopathologique, toxi-infectieux détruisant l'équilibre neuro-endocrino-végétatif, qui justifie et commande les traitements de choc physiologique actuels.

P. CARRETTE.

**Masturbation et autocastration au cours d'une affection paranoïde schizophrénique** (Masturbation und Autokastration im Bilde einer schizophränen-paranoïden Erkrankung), par J. Susman GALANT, Bhabarowsk. *Neopsichiatría*, septembre-octobre 1937, p. 452-472.

Observation avec quelques commentaires intéressants d'un malade masturbateur qui, au cours d'un processus schizophrénique (?) se mutile. Il avait eu la vision de Dieu qui lui avait ordonné « de ne pas verser la semence à terre », selon le mot de l'Écriture.

Henri Ey.

**Le phénomène de l'oreiller psychique**, par D. ANGRISANI (de Naples). *L'Ospedale Psichiatrico*, avril 1937.

Le signe de l'oreiller psychique est un phénomène d'hypertonie, dû à la délivrance de l'arc spinal, de l'influence régulatrice du cortex.

Paul ABÉLY.

**Contribution à la délimitation clinique de l'anorexie mentale** (Contributo alla delimitazione clinice della anoressia mentale), par le Prof. P. OTTONELLO, Parme. *Rivista di Pat. nerv. e ment.*, octobre 1937, p. 353-386.

A propos de trois intéressantes observations, l'auteur pose la question du diagnostic entre la maladie de Simmonds et l'anorexie mentale. Le problème lui paraît d'autant plus difficile que l'anorexie mentale n'est pas seulement une maladie psychique mais paraît liée à des troubles du métabolisme. Ceci amène naturellement des commentaires sur la nature de l'hystérie, qui paraît à l'auteur conditionnée par des facteurs physio-pathologiques.

Henri Ey.

## PSYCHOLOGIE

**Etude sur la jalousie**, par G. SCHMITZ (Travail du laboratoire de psychologie de M. le Professeur A. Ley, in *Archives Belges des Sciences de l'Éducation*, janvier et avril 1938).

L'étude de la jalousie est rendue difficile par ses analogies avec un sentiment voisin, l'envie. Ces deux sentiments ont une base commune: l'instinct de propriété et la comparaison aux autres dans la possession de certains biens. On conviendra qu'il s'agit de jalousie chaque fois que ces biens désirés éveillent en l'individu un potentiel affectif intense, et d'envie lorsque la représentation est surtout intellectuelle. Le sentiment de justice serait plus apte à provoquer l'envie. La possession, avec tout ce qu'elle comporte d'affectif, déclencherait la jalousie. L'envie serait le résultat d'une inégalité de partage. La jalousie veut la possession absolue. L'envie cesse avec la possession de l'objet, la jalousie n'a pas de fin. C'est peut-être son substratum affectif qui fait apparaître la jalousie comme un sentiment plus naturel.

Monnier a décrit trois formes de jalousie: la jalousie sentimentale, la jalousie émotion, la jalousie passion. La jalousie sentimentale est une

émotion naturelle, sans doute éprouvée par tous. La jalousie émotion est le propre des caractères impulsifs ; avec la jalousie passion, elle donne lieu aux réactions dramatiques si fréquentes.

Chez l'enfant, la jalousie est un sentiment très répandu, mais elle ne va pas au delà du temps présent et se confond avec l'envie. Certains pensent que pour l'enfant, essentiellement affectif, l'envie proprement dite est un sentiment bien trop intellectualisé. Certains fixent l'apparition de ce sentiment dès le troisième mois, d'autres à partir du neuvième mois seulement. L'expérimentation est ici bien délicate. M. G. Schmitz étudie successivement les mobiles de la jalousie chez l'enfant, les réactions enfantines de jalousie, le comportement de l'enfant jaloux (mimique du visage, attitude générale, imitation, blâme, calomnie, médisance, injures, coups, vols, bris d'objets, attitude mentale, désir de vengeance), les moyens de prévention ou de correction de la jalousie et pour cela les causes (causes organiques, troubles physiologiques, influence de l'hérédité ; causes sociales multiples).

Chez l'homme, l'amour est incontestablement le mobile le plus important et le plus répandu de la jalousie. « La jalousie est le corollaire de l'amour » (Colette). La jalousie amoureuse ne diffère des autres que par la violence de ses réactions (Menzerath). Cependant, la jalousie passive [par inhibition due à la volonté, par orgueil, par refoulement, par complexe d'infériorité, par masochisme (Wallon)] est plus fréquente qu'il n'apparaît. Les réactions actives, brusques ou différées par vengeance, multiples et polymorphes (A. Ley), sont naturellement les plus visibles. La jalousie, qui a inspiré tant de littérateurs, n'a pas épargné les dieux de la mythologie, création de l'esprit humain.

La jalousie pathologique se caractériserait, pour Mairé, par ses motifs futiles et par l'intensité de la réaction, avec périodes d'exacerbation et de rémission. Elle est très souvent héréditaire, influencée par des facteurs multiples, revêt des formes nombreuses (hyperesthésies jalouses, idée fixe de jalousie ou monomanie jalouse, délire de jalousie continu ou intermittent). Souvent dissimulée soigneusement sauf à l'entourage immédiat qui se tait également, non sans danger, elle n'entraîne pas toujours l'intervention immédiate (ou opportune) du sujet.

Polymorphe, la jalousie revêt des formes qui ne sont pas toutes aussi condamnables, mais lorsqu'elle crée plus de mal que n'en vaut la possession du bien désiré, conclut M. G. Schmitz, « elle est facteur de déséquilibre, de dysharmonie et devient une nuisance familiale et sociale ».

René CHARPENTIER.

**La peur chez l'enfant.** (Die Angst im Kindesalter), par Hilde KRAMFFLITSCHKE, de Vienne. *Journal de Psychiatrie infantile*, V, 1-2, 1938, Bâle.

La disposition à la peur est normale chez l'enfant. Elle est nécessaire à la préservation de la vie. Son absence complète peut être un signe de débilité ou d'imbécillité. Phénomène réflexe d'abord, elle est intellectualisée peu à peu, les premiers indices de cette intellectualisation sont manifestes vers 8 à 9 mois, parfois déjà à 6 mois. Elle a ses expressions adéquates à l'âge de l'enfant. Mais il est impossible de schématiser ; l'appréciation dans un cas déterminé doit tenir compte de l'ensemble de la personnalité de l'enfant.

La peur est alimentée par le sentiment d'infériorité, elle permet la fuite devant l'action et la responsabilité. Elle sépare les enfants de leur entourage. Elle peut compromettre le développement de l'enfant, devenir le motif dominant de sa vie future. Elle se répercute dans la vie végétative (constipation, énurésie). Sa guérison est plus difficile que celle d'autres défauts infantiles. Sa prophylaxie est plus facile. L'exemple et la patience jouent un rôle primordial, il faut éviter les abus de confiance et développer le sens de la responsabilité chez l'enfant. La prophylaxie est importante avant tout chez les enfants maladroits, délicats, déformés.

E. BAUER.

**Un test pour l'examen de l'activité imaginative de l'enfant (test des nuages).** [Ein Test zur Prüfung der kindlichen Phantasietätigkeit (Wolkenbilder Test)], par W. STERN. *Journal de Psychiatrie infantile*, V, 1, 1938, Bâle

Le test d'images de nuages proposé par Struve en 1932, sous la direction de l'auteur, présente des avantages sur les tests d'interprétation de taches, auxquels il ressemble (test de Rorschach, etc.), et dont les caractères de symétrie et de netteté trop grande des contours se sont révélés comme des facteurs d'inhibition pour l'activité imaginative. D'autre part, l'épreuve comporte non seulement la description des figures reconnues dans les images, mais le dessin des contours de ces figures sur l'image même ; enfin, dans un 3<sup>e</sup> temps, l'examineur donne lui-même des suggestions, ce qui permet d'apprécier la suggestibilité de l'enfant. Les résultats montrent que l'exécution de ces tests dépend bien plus de l'individualité du sujet que des conditions d'âge, de sexe, de race, d'intelligence.

E. BAUER.

**Mesure des facultés originales de raisonnement logique par les tests non verbaux de Penrose**, par A.P.L. BELEY (*Bull. du Groupement français d'études de neuro-psychopathologie infantile*, 1938, n° 3, p. 62).

Les épreuves et tests proposés jusqu'à présent pour la mesure de l'intelligence de l'enfant ou de l'adulte rendent de grands services mais s'adressent presque tous aux facultés répétitives de l'intelligence d'acquisition ou de jugement et non au raisonnement original vrai. L. S. Penrose et J. C. Roven, de Colchester, ont proposé des tests de mesure de l'intelligence originale et créatrice, basés sur la recherche de l'analogie : analogie de deux objets observés au même moment dans l'espace. Ces tests, qui s'adressent aussi bien aux adultes qu'aux enfants, composent une longue série de 65 épreuves de complexité croissante, divisées en 5 séries de treize images rectangulaires dont manque une partie structurale à choisir parmi 6 ou 8 solutions proposées dans la partie inférieure de la planche. La présentation est très simple et la solution toujours unique.

Des expériences faites par lui sur une vingtaine d'enfants, M. Beley conclut qu'à côté des tests habituellement employés pour la mesure du niveau intellectuel, le test de Penrose et Roven, dont l'étalonnage n'est encore que provisoire, donne cependant des résultats, parfois différents, dont il est nécessaire de tenir compte.

R. C.



**Essai de représentation concrète du processus physiologique de l'intelligence**, par DESSAGNE. *Revue philosophique*, septembre 1938.

Article tendant à démontrer que l'intelligence et la mémoire appartiennent aussi bien aux règnes minéral, végétal et animal qu'à l'homme, invoquant pour cette démonstration les dernières découvertes de la chronaxie, des réflexes conditionnés et de l'électroencéphalographie, et pouvant se résumer dans les lignes suivantes.

Toute excitation reçue de nos sens se traduit par le déclenchement d'un influx nerveux à partir d'une source électrique toujours maintenue sous tension. Si l'excitation reçue n'est pas neuve, l'influx suit le chemin tracé et c'est là la mémoire.

Si l'excitation est neuve, ou bien l'influx nerveux déclenché est assez intense pour amener à syntonisation un certain nombre de neurones qui constituent une voie et c'est là la pensée ; ou bien l'influx nerveux déclenché n'a pas l'intensité nécessaire pour amener cette syntonisation il ne passera pas et il n'y aura pas eu pensée.

Mais en revanche, ultérieurement, l'influx nerveux déclenché par des excitations moins fortes atteindra ce résultat.

C'est, on le voit, un rajeunissement de la vieille conception matérialiste du monde.

Paul COURBON.

**Une langue nouvellement acquise peut-elle devenir la langue de l'inconscient ?** par Immanuel VELIKOWSKY, *Archivio di Neurologia, Psichiatria e Psicanalisi*, tome XVIII, 1937, p. 311-324.

Les israélites nouvellement arrivés en Palestine provenant de pays divers et parlant des langues variées font en rêve des jeux de mots en hébreu, récemment appris.

Henri Ey.

**Le test d'interprétation des taches de Rorschach et son utilisation dans l'étude de la psychologie des malades cérébraux. I. Contribution à la psychologie des amputés** (Der Rorschachsche Formdeutversuch als Hilfsmittel zum Verständnis der Psychologie Hirnkranker. I. Zur Psychologie der Amputierten), par M. MAHLER SCHOENBERGER et I. SILBERFENNIG. *Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie*, XL, 2, 1938.

Les auteurs ont été frappés par la prédominance des interprétations anatomiques chez la majorité des amputés présentant le phénomène du fantôme du membre absent. Par contre des interprétations de cet ordre ne furent jamais données par 5 amputés chez lesquels le phénomène avait disparu. Il semble même exister une relation entre la proportion des interprétations anatomiques et l'intensité des sensations de présence du membre amputé. Enfin le choix des réponses semble être guidé, chez beaucoup de ces malades, bien plus par l'élément topique (Lagemoment) que par l'élément formel. Les auteurs cherchent à ces particularités une explication psychologique. Ils pensent qu'elles sont l'expression de mécanismes psychiques inconscients en rapport avec le conflit entre la notion de l'état réel et l'illusion créée par le phénomène du fantôme, avec une fixation narcissique du

schéma corporel et avec des complexes et des phobies de castration infantiles, qui ont été réveillés par le traumatisme.

E. BAUER.

**Essai sur le mécanisme de l'émotion** (A proposed Mechanism of Emotion), par James W. PAPEZ. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XXXVIII, n° 4, p. 725-743, octobre 1937.

L'interprétation physiologique des phénomènes psychologiques assigne une part croissante aux noyaux gris centraux. L'histoire a connu une phase corticale et une phase bulbaire. Les tendances actuelles réservent au pallium et au bulbe un rôle dans l'activité sensorielle et la régulation motrice. Les phénomènes de conscience et de relation, le dynamisme des émotions sont de plus en plus reliés aux fonctions de l'hypothalamus, des noyaux thalamiques antérieurs, de l'hippocampe et à leurs inter-connexions.

P. CARRETTE.

**Etude de l'attention dans l'orientation et la sélection professionnelles** (Estudio de la atencion en la Orientacion y Seleccion profesional), par Leopoldo MATA. *Archivos chilenos de Criminologia*. T. I, p. 9-20, décembre 1937.

La mobilité du champ de la conscience et la possibilité d'une fixation rapide constituent l'attention ; sans l'une c'est l'idée fixe, sans l'autre l'aproxexie. Dans le travail pratique d'éducation et de perfectionnement de l'attention, on tient compte de ces facteurs psychologiques en variant les tests et en suivant les lois de l'entraînement et de la fatigue. Grâce à ces principes, M. Mata peut formuler une véritable hygiène de l'attention dans l'activité professionnelle.

P. CARRETTE.

**L'éducation artistique à l'école** (L'educacion artistica a l'escóla), par Erric AINAUD. *Revista de Psicologia i Pedagogia*. T. V, n° 18, p. 305-333, mai 1937.

L'auteur préconise l'intensification de l'éducation musicale scolaire. Sa méthode comprend les leçons de technique musicale, le développement de la sensibilité auditive par l'étude du chant et la formation de la voix qui améliore l'état respiratoire par une gymnastique aussi utile au perfectionnement artistique qu'à l'équilibre cardio-pulmonaire.

P. CARRETTE.

**L'idée de paix comme problème d'éducation** (La idea de pau com a problema educatin), par Hans GRÜNBERG. *Revista de Psicologia i Pedagogia*. T. V, n° 17, p. 29-46, février 1937.

Le caractère de fléau social universel qui marque la guerre moderne est considéré avec un intérêt angoissé par le psychologue. La volonté de guerre résulte de l'atavisme et de l'éducation. Les moyens de diffusion de la pensée créent aisément la suggestion nécessaire à son éclosion. M. Grünberg estime que l'idée de paix ne saurait se développer sur le terrain de la peur. Celle-ci est un sentiment négatif dont la valeur de suggestion n'est pas

médiate. A la volonté de guerre il veut opposer une volonté de paix. C'est d'une éducation nouvelle qu'il s'agit. Les habitudes, le vocabulaire, les opinions sur les questions générales seront modifiés par un lent travail de contre-suggestion que dirigera un Ministère de la Paix.

P. CARRETTE.

## PSYCHANALYSE

**Le médecin catholique devant la psychanalyse. Méthodes et doctrines,** par le Dr Paul COSSA, ancien chef de clinique de la Faculté de Médecine de Paris, Médecin neurologue des Hôpitaux de Nice (*Bull. de la Société Médicale de Saint-Luc, Saint-Côme et Saint-Damien*, janvier et février 1937).

Cet exposé critique, établi d'après une Conférence faite par l'auteur le 9 février 1936, au groupe de Nice de la Société Saint-Luc, Saint-Côme et Saint-Damien, comprend deux parties. M. Paul Cossa estimant à juste titre que le médecin n'est souvent que très sommairement averti du contenu des théories psychanalytiques en établit d'abord rapidement l'historique et décrit successivement : 1° la technique d'exploration de l'inconscient, conduisant à une théorie explicative des rêves et à une théorie générale de l'inconscient (étude des associations d'idées, étude des actes manqués, interprétation des rêves) ; 2° la théorie de l'évolution de la sexualité, tendant à expliquer la primauté du sexuel dans la vie inconsciente (développement de la sexualité infantile) ; 3° la théorie psychogénétique des anomalies sexuelles, et des névroses ; 4° les principes de la cure psychanalytique.

Dans la seconde partie, critique, M. Paul Cossa fait remarquer, souvent à l'aide d'exemples donnés par Dalbiez, que si, dans de nombreux rêves, la méthode associative retrouve, à la base du contenu symbolique, le thème d'un désir refoulé, souvent sexuel, ceci ne vaut que pour chacun des cas où l'analyse est probante. Il considère comme hors de doute l'importance de l'inconscient dans la genèse des rêves, son rôle considérable dans la genèse des états névropathiques. C'est la trop hâtive généralisation de la majorité des psychanalystes qui contribue à discréditer la partie positive de leur œuvre.

Si Freud attribue aux tendances sexuelles une telle importance que les autres peuvent être négligées, il s'est cependant toujours défendu de « pansexualisme ». « Mais quoi qu'il en dise, ce reproche peut et doit lui être opposé. » Il semble bien que ses études sur la psychologie de l'enfant aient été dès le début viciées par une tendance primitive à tout subordonner au sexuel, dès son étude avec Breuer sur l'hystérie. Ce qui rend inacceptable toute cette théorie freudienne de l'évolution du sexuel, c'est sa tendance à voir dans l'accident, l'essentiel ; dans le pathologique, le normal.

Il paraît justifié de rechercher, pour chaque cas, les racines d'une sexopathie dans le développement sexuel infantile du malade, mais non comme la fixation d'une époque de l'évolution normale de la sexualité. M. Paul Cossa s'élève contre une conception purement psychogénétique des névroses. S'il est capital de connaître la psychogénèse de l'anomalie mentale en vue de conclusions psychothérapiques, et cela même dans des cas où l'étiologie organique ne fait aucun doute, on n'a pas davantage le droit de négliger une étude organique très fouillée, très complexe, très patiente et qui, assurément, demande une culture médicale très avertie.

La méthode thérapeutique psychanalytique, toujours longue, comporte, comme d'autres, des succès et des insuccès. On peut se demander, ici comme toujours en matière de psychothérapie, si le facteur d'influence personnelle de l'analyste ne joue pas autant que le « défolement » des conflits.

Pour conclure ce travail de démolition critique, M. Paul Cossa souligne l'incontestable valeur de la méthode pour la pénétration de l'onirisme et, plus généralement, pour la pénétration de l'inconscient, à condition de s'en tenir dans chaque cas, strictement, aux données objectives de l'analyse. Il signale certains dangers et insiste sur la responsabilité morale d'une doctrine dont il relève et réprouve la tendance métaphysique.

René CHARPENTIER.

**Séméiologie des arriérations affectives**, par M<sup>me</sup> O. CODET. *L'évolution psychiatrique*, fascicule 1, 1937.

Il existe des arriérations affectives, comme il existe des arriérations intellectuelles. Ce fait n'était pas absolument méconnu, même avant les psychanalystes. Pour ceux-ci, les névroses de l'adulte sont la conséquence de ces arriérations affectives. Dès l'enfance, on peut souvent en trouver les signes révélateurs. Parfois elle apparaît lentement, d'autres fois brusquement, à l'occasion d'un traumatisme affectif : on peut même observer non seulement un arrêt d'évolution, mais une régression de l'affectivité. Les causes en sont multiples : complaisance de la mère pour cet état ; naissance d'un autre enfant, dissensions parentales, etc. ; les symptômes nombreux : l'énu-résie, n'est peut-être pas le plus fréquent, mais celui qui amène à consulter ; l'encoprésie, qui semble traduire une régression plus profonde ; le parler enfantin, qui revêt plusieurs aspects ; l'anorexie mentale, la maladresse, le mauvais écolage. D'autres arriérations ne s'accompagnent d'aucun signe alarmant la famille. Au contraire, une entente passionnée existe entre l'enfant et la mère, souvent dans ces cas la seule éducatrice (union étroite de la mère et de l'enfant par crainte du père, veuvage, désintérêt du père pour l'enfant). Cet état durera jusqu'à l'adolescence. A cet âge, la fille refusera l'homme, sera vieille fille amère, et femme frigide, le garçon restera éternellement un grand écolier, prolongeant ses études pour fuir la lutte de la vie. Souvent il ne se marie pas. S'il le fait, il décevra sa femme qui portera, bien malgré elle, « la culotte ». Les mères devraient comprendre qu'elles doivent amener leur enfant à se séparer d'elles.

M. LECONTE.

**La circoncision**, par M<sup>me</sup> SVALBERG. *Hygiène Mentale*, 1938, p. 73-96.

Compte rendu d'un échange de vues sur la circoncision exprimées à un groupe d'études d'ethnographie psychologique, au printemps 1937. Exposés par Mme Svalberg, MM. Marcel Griaule, Michel Leiris, le D<sup>r</sup> Allendy. Y sont aussi représentés les points de vue de MM. G. Bataille, F. Berge, M. de Coramon, le D<sup>r</sup> Borel, qui ont pris part à la discussion.

Après des considérations ethnographiques sur l'ancienneté et les modalités de cette coutume, les différentes explications qui en ont été données sont passées en revue ; mais ces explications anciennes se montrent complètement insuffisantes à expliquer la généralité et la persistance de la Cir-

concision. Par contre, l'interprétation psychanalytique qui y voit un mécanisme de castration atténuée et qui montre ses rapports avec de grands conflits inconscients, individuels et collectifs, paraît devoir être retenue comme la plus appropriée, d'autant plus qu'elle coïncide avec certains aspects antérieurement entrevus.

Pierre MASQUIN.

## NEUROLOGIE

**Rapports des réflexes du sinus carotidiens avec la syncope et les convulsions** (Association of Carotid Sinus Reflexes with Syncope and Convulsions), par A.-S. FREEDBERG et le Roy H. SLOAN. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XXXVIII, n° 4, p. 761-774, octobre 1937.

Les perturbations liées aux altérations nerveuses du sinus carotidien se traduisent par des attaques épileptiformes, des vertiges, des syncopes, des crises lipothymiques. Le diagnostic différentiel avec l'épilepsie est parfois difficile. Il pose un problème thérapeutique précis. L'irritabilité réflexe du sinus est parfois une indication à la dénervation. La prédominance de troubles cardio-vasculaires commande l'emploi de médicaments du groupe de l'éphédrine.

P. CARRETTE.

**Céphalées (Cefaleas)**, par Pedro TALTAVULL. *Boletín del Asilo de Alienados en Oliva*, n° 18, p. 293-331, décembre 1937.

L'exposé de M. Taltavull est remarquable du point de vue didactique et pour la sûreté de la documentation. Il commence par un examen du céphalalgique : étude de la localisation, du caractère, des sensations, de l'évolution horaire, de l'anamnèse. Les recherches complémentaires mènent au diagnostic de nature. La description de la migraine tend à admettre les rapports étroits avec l'épilepsie. Les diverses étiologies sont alors passées en revue : anaphylaxie, foie, glandes endocrines, etc., avec le rôle des éléments nerveux : trijumeau, sympathique. Enfin sont étudiées les céphalées de l'arthritisme, de la neurasthénie, des tumeurs cérébrales, des maladies locales et générales.

P. CARRETTE.

**Les asthmatiques intolérants à l'adrénaline. Les asthmes sympathicotoniques**, par André JACQUELIN, Fr. JOLY et R. SOULIGNAC. *Le Monde médical*, n° 909, p. 1-11, 1<sup>er</sup> janvier 1938.

L'asthme est aujourd'hui considéré comme une manifestation vagotonique exclusive, comme la conséquence du spasme des muscles de Reissessen. Toutefois, il y a des cas résistants à la thérapeutique impliquée par l'étiologie habituelle et caractérisés par l'intolérance à l'adrénaline, soit d'emblée, soit secondaire à l'abus médicamenteux. Dans le second cas, il faut savoir limiter et interrompre la cure adrénalique. Pour les intolérants d'emblée, le tartrate d'ergotamine, le gardénal, la pilocarpine et les traitements symptomatiques donnent, suivant les cas, de bons résultats.

P. CARRETTE.



**Les petites tumeurs sous-cutanées bénignes à type d'hyperalgie hyperdiffusante**, par Henri ROGER et Joseph ALLIEZ. *Le Monde Médical*, n° 911, p. 71-75, février 1938.

Les tumeurs glomiques de Masson, petites néoformations sous-cutanées, siègent de préférence aux extrémités digitales, mais peuvent être décelées ailleurs, sur les membres en particulier. Leur présentation clinique très spéciale doit être connue. Souvent, les hyperalgies frappent le malade sans autre manifestation objective ; la douleur siège près d'une zone tactile et irradie dans tout le membre avec des paroxysmes très violents. La tumeur n'est parfois diagnostiquée que par le médecin après un examen attentif. Le glomus responsable est essentiellement constitué par une anastomose artério-veineuse dans une masse conjonctive très riche en éléments nerveux. Une large ablation sous anesthésie locale apporte la guérison.

P. CARRETTE.

**Neurofibromatose centrale et méningiomes multiples**, par A. PUCA (reggio di Calabria). *L'Ospedale Psichiatrico*, avril 1937.

Il s'agit d'une tumeur bilatérale de l'angle ponto-cérébelleux associée à de nombreux méningiomes.

Les considérations de l'auteur, d'ordre clinique, radiologique et histologique, envisagent une double origine embryogénétique.

Il discute, à propos de cette observation, les tendances unificatrices de la maladie de Recklinghausen et les formes du type blastomatoses plus ou moins voisines.

PAUL ABÉLY.

**Les métastases cérébrales des tumeurs pulmonaires**, par MM. G. FATTOVICH et P. LENTI (de Venise). *Note et rivista di Psichiatria*, juin 1937.

Il rapporte dix-huit cas étudiés cliniquement et anatomiquement. Cliniquement, la symptomatologie de ces cas demeure très incomplète, le diagnostic du siège est souvent difficile. Anatomiquement, on remarque que cette métastase s'opère avec prédilection sur le côté gauche de l'encéphale et particulièrement dans les régions frontales et occipitales. Ces tumeurs gardent habituellement le type épithélial de la néoformation primitive.

PAUL ABÉLY.

## ANATOMIE

**La localisation hypothalamique des lésions histologiques dans la psychose de Korsakow** (Die hypothalamische Lokalisation der histologischen Befunde in Korsakowfällen), par S. KÖRNYEY et H. SAETHRE, d'Oslo. *Acta psychiatrica et neurologica*, XII, 4, 1937, Copenhague.

Les constatations faites par les auteurs dans 3 cas confirment la parenté histopathologique étroite entre la polioencéphalite supérieure hémorragique, de Wernicke, et la psychose de Korsakow. En particulier les lésions sont constantes au niveau des corps mamillaires, siège de dégénérescence cellu-

laire massive, granulograiseuse, et de proliférations intenses d'origine vasculaire. Les différences cliniques observées dans les 3 cas s'expliquent aisément par les différences d'extension des lésions anatomiques.

E. BAUER.

**Modifications du cerveau par l'électrocution accidentelle** (Changes in the Brain in Accidental Electrocution), par George B. HASSIN. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. T. LXXXVI, n° 6, p. 668-673, décembre 1937.

L'importance des lésions vasculaires contraste curieusement avec l'absence d'hémorragies dans l'électrocution. C'est que la mort est très rapide et que les lésions spécifiques sont fixées au cours de la contusion cérébrale. La rupture des fibres et des éléments névrogliques domine, avec l'éclatement de la tunique des plus gros vaisseaux, spécialement de la membrane élastique.

P. CARRETTE.

**Apparition familiale de nanisme et d'épilepsie, en rapport avec des lésions diencéphaliques** (Ueber familiäres Auftreten von Zwergwuchs mit Epilepsie bei Zwischenhirnstörung), par O. BILLIG, de Vienne. *Archives Suisses de Neurologie et Psychiatrie*, XLI, 1, 1938.

L'association de nanisme achondroplasique et d'épilepsie a été constatée chez 3 sinon 4 frères et sœurs. La coexistence de troubles pupillaires, de phénomènes d'obésité, et de polyurie, d'anomalies du sommeil, de modification de la formule sanguine, et l'aspect souscortical des crises épileptiformes plaident pour une atteinte de la région diencéphalique-hypophysaire. La selle turcique a été trouvée anormalement petite dans un cas. Le grand-père paternel des malades était nain, la grand'mère paternelle avait des « vertiges » ; le père était exempt de ces troubles, mais il se suicida à l'âge de 56 ans.

E. BAUER.

**Artériosclérose du système nerveux. Etude clinique des syndromes médullaires. Annotations histopathologiques** (Arteriosclerosis del Sistema nervioso. Estudio clínico de los Síndromes medulares. Anotaciones histopatológicas), par V. DIMITRI. *Revista neurológica de Buenos Aires*. T. II, n° 3, p. 159-191, novembre-décembre 1937.

L'athéromasie médullaire n'a pas le prestige de l'artério-sclérose cérébrale, soit qu'elle n'ait été observée qu'à l'état d'association discrète, soit qu'elle n'ait été qu'un épiphénomène au cours d'une autre affection spinale. Il importe cependant de la diagnostiquer. M. Dimitri, après avoir rappelé la vascularisation médullaire, décrit la paraplégie spastique syphilitique, aboutissement de la claudication intermittente, les paralysies par sténoses et ramollissements, par apoplexie. Quant à la paraplégie sénile, elle s'isole difficilement des lésions cérébrales et viscérales. Enfin, la disposition des artères médullaires : réseau transversal anastomotique greffé sur trois troncs longitudinaux, un médian antérieur et deux latéro-postérieurs, permet les suppléances fonctionnelles dans les formes à évolution lente et progressive.

P. CARRETTE.

**Affections systématiques associées au tabes dorsalis (Combined System Disease in Tabes Dorsalis)**, par Charles DAVISON et Harold KELMAN. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XXXVIII, n° 1, p. 43-61, juillet 1937.

La syphilis médullaire peut réaliser des syndromes complexes, tabès associés avec participation des cordons latéraux et antérieurs. Dans la pratique, il semble que de telles combinaisons soient rares. Il se passerait dans la moelle ce qui se passe dans le cerveau. Une tendance à la systématisation des lésions groupe des lésions postérieures sous le diagnostic de tabès et des altérations dégénératives toxiques ou inflammatoires atteignent les régions antéro-latérales. Constatation en faveur de la théorie de la prédisposition au neurotropisme.

P. CARRETTE.

**Recherches sur l'histopathologie et la biochimie du système nerveux des déments précoces, faites entre 1932 et 1937** (Ricerche sulla istopatologia e la biochimica del sistema nervoso di dementi precoci fatte sul Sessennio 1932-1937), par V. M. BUSCAÏNO, Catane. *Neopsychiatria*, septembre-octobre 1937, p. 473-511.

Continuant le « Catalogue » des travaux sur le problème physio-cérébro-pathologique de la démence précoce qu'il tient depuis 1920 (*Rivista di Patol. nerv.*, 1921, 1926, 1929 et 1932 et *Rass. di Studi psych.*, 1924), Buscaïno fait dans ce travail un exposé systématique des recherches histopathologiques et encéphalographiques en insistant spécialement sur les « zones de désintégration en grappes » et les recherches biochimiques. En conclusion, Buscaïno établit que, selon cet ensemble de travaux, la démence précoce est une maladie organique du système nerveux central dont le processus dégénératif est du type dégénératif-toxique. Les lésions sont particulièrement fréquentes dans la zone « néoencéphalique » de l'écorce. Elles ne sont pas systématisées mais distribuées irrégulièrement. Leurs formes les plus fréquentes sont « la dispersion cellulaire » (*dilagnemento cellulare*, de Lippi Francesconi) et la dégénérescence vacuolaire. Les zones de désintégration « en grappe » dont les caractéristiques teintoriales sont vraisemblablement dues à la présence de galactolipides. Cette dissémination irrégulière expliquerait le caractère de discordance du tableau clinique. Lorsque le processus atteint les centres mésencéphaliques il provoque l'apparition du syndrome catatonique.

Henri Ey.

# VARIÉTÉS

---

## SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

### Séances

La *séance supplémentaire* du mois de MARS, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *jeudi 9 mars 1939*, à 9 heures 30 *très précises*, à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV<sup>e</sup> arrondissement), dans l'Amphithéâtre du Pavillon Magnan.

La *séance ordinaire* du mois de mars de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 27 mars 1939*, à 4 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (XIV<sup>e</sup> arrondissement).

La *séance supplémentaire* du mois d'AVRIL de la Société Médico-psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *jeudi 13 avril 1939*, à 9 heures 30 *très précises*, à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV<sup>e</sup> arrondissement), dans l'Amphithéâtre du Pavillon Magnan.

La *séance ordinaire* du mois d'avril de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 24 avril 1939*, à 4 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI<sup>e</sup> arrondissement).

### Nécrologie

M. le D<sup>r</sup> Charles BLONDEL, Professeur à la Faculté des Lettres de l'Université de Paris, ancien Professeur à la Faculté des Lettres de l'Université de Strasbourg, Correspondant de l'Institut de France, Chevalier de la Légion d'Honneur, Croix de Guerre, membre titulaire de la Société Médico-psychologique ;

M. le D<sup>r</sup> Joannès MARTIN, Professeur honoraire de Médecine mentale à l'Université de Genève, *membre associé étranger de la Société Médico-psychologique*.

### Distinctions honorifiques

Est nommé *Officier de l'Ordre de la Santé publique* :

M. le D<sup>r</sup> VIGNAUD (de Paris), *membre titulaire de la Société Médico-psychologique*.

## HOPITAUX PSYCHIATRIQUES

### Honorariat

M. le D<sup>r</sup> CASTIN est nommé Médecin honoraire des Hôpitaux psychiatriques;  
M. le D<sup>r</sup> MÉZIE est nommé Médecin honoraire des Hôpitaux psychiatriques.

### Nominations

M. le D<sup>r</sup> DELMOND est nommé Médecin-Directeur de l'Hôpital psychiatrique de la Roche-sur-Yon (Vendée) ;

M. le D<sup>r</sup> VALLADE est nommé Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique de Pierrefeu (Var) ;

M. le D<sup>r</sup> MENUAU est nommé Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique de Ville-Evrard, à Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise) ;

M. le D<sup>r</sup> TEULIÉ est nommé Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique de Villejuif (Seine) ;

M. le D<sup>r</sup> MONTASSUT est nommé Médecin-Directeur de l'Hôpital psychiatrique de Moisselles (Seine-et-Oise) ;

M. le D<sup>r</sup> DUCHÊNE est nommé Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique de Hoerdt (Bas-Rhin) ;

M. le D<sup>r</sup> CHRISTY est nommé Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique du Vinatier (Rhône) ;

Mme le D<sup>r</sup> COLLET est nommée Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique de la Chartreuse de Dijon (Côte-d'Or) ;

M. le D<sup>r</sup> ADNÈS est nommé Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique de Châlons-sur-Marne (Marne) ;

M. le D<sup>r</sup> TUSQUES est nommé Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique de Blois (Loir-et-Cher) ;

M. le D<sup>r</sup> GOLSE est nommé Médecin-Chef à l'Asile privé, faisant fonction d'Hôpital psychiatrique public, du Bon-Sauveur à Caen (Orne), poste créé ;

M. le D<sup>r</sup> MASSON est nommé Médecin-Chef (à titre intérimaire) à l'Hôpital psychiatrique de Sarreguemines (Moselle) ;

M. le D<sup>r</sup> ROUGEAN est nommé Médecin-Chef à l'Asile privé, faisant fonction d'Hôpital psychiatrique public, de Cayssials (Aveyron).

### Postes vacants

Sont déclarés vacants :

un poste de Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique départemental de Fleury-les-Aubrais (Loiret) ;

un poste de Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique départemental de Fains (Meuse) ;

un poste de Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique autonome d'Armen-tières (Nord) ;

un poste de Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique Saint-Luc, à Pau (Basses-Pyrénées) ;

un poste de Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique départemental du Mans (Sarthe).



## Recrutement des Médecins des Hôpitaux psychiatriques

Un décret, en date du 25 décembre 1938, a fixé les règles du recrutement et le statut des médecins du cadre des hôpitaux psychiatriques autres que ceux du département de la Seine.

Un décret, en date du 28 décembre 1938, a fixé les règles du recrutement et le statut des médecins du cadre des hôpitaux psychiatriques du département de la Seine.

On trouvera le texte complet de ces deux décrets dans le numéro de janvier 1939 du journal *L'aliéniste français*, bulletin de l'Association amicale des Médecins des Etablissements publics d'aliénés de France. (Rédacteur en chef : D<sup>r</sup> LAUZIER, Médecin-Directeur de la Maison de Santé de la Charreuse, Dijon).

## Concours pour 15 postes de Médecin des Hôpitaux psychiatriques

Un concours pour quinze postes de Médecin du cadre des hôpitaux psychiatriques aura lieu à Paris, au Ministère de la Santé publique, le lundi 24 avril 1939.

Les candidatures seront reçues au Ministère de la Santé publique jusqu'au 18 mars 1939 inclus.

## Association amicale des Médecins des Etablissements publics d'aliénés de France

Le Bureau de l'Association Amicale des Médecins des Etablissements publics d'aliénés de France est ainsi constitué pour 1939 :

Président : M. le D<sup>r</sup> DEMAY.

Vice-présidents : M. le D<sup>r</sup> DESRUELLES et M. le D<sup>r</sup> LAUZIER.

Secrétaire : M. le D<sup>r</sup> BEAUSSART.

Trésorier : M. le D<sup>r</sup> BRIAU.

Membres du Comité : MM. les D<sup>rs</sup> COMBEMALE, LALANNE, LÉCULIER, PICARD, RENAUX, SCHÜTZENBERGER et TRIVAS.

## Société médicale des Hôpitaux psychiatriques de la Seine

Le Bureau de la Société Médicale des Hôpitaux psychiatriques de la Seine, pour 1939, est composé de :

Président : M. le D<sup>r</sup> BEAUDOUIN.

Vice-président : M. le D<sup>r</sup> BRISSOT.

Secrétaire : M. le D<sup>r</sup> MARTIMOR.

Trésorier : Mme le D<sup>r</sup> CULLERRE.

## Médecins des Etablissements privés faisant fonction d'Hôpital psychiatrique public et clientèle médicale

M. LECACHEUX demande à M. le Ministre de la Santé publique si les médecins du cadre des hôpitaux psychiatriques en service dans les hôpitaux

psychiatriques privés, faisant fonction d'hôpitaux psychiatriques publics, sont astreints aux mêmes restrictions concernant l'exercice de la clientèle de médecine générale que les médecins du cadre en service dans les hôpitaux psychiatriques publics ; et ajoute qu'il semblerait qu'il doive en être ainsi, le nouveau règlement étant déjà applicable aux deux catégories d'hôpitaux psychiatriques, en ce qui concerne le nombre des médecins (1 pour 450 malades).

*Réponse.* — Conformément aux dispositions de l'article 87 du règlement modèle du 5 février 1938, les médecins-chefs de service des hôpitaux psychiatriques publics ou privés faisant fonction d'hôpitaux publics doivent se consacrer exclusivement à leurs fonctions. Il leur est interdit de faire de la clientèle. Toutefois, ils peuvent être appelés exceptionnellement en consultation par un confrère et être désignés comme expert par les autorités judiciaires ou l'administration.

(*Journal Officiel* du 23 février 1939).

---

*Le Rédacteur en chef-Gérant : René CHARPENTIER.*

---

Imprimé par Imp. A. COUESLANT (*personnel intéressé*)  
à Cahors (France). — 57.675

# ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

---

## MÉMOIRES ORIGINAUX

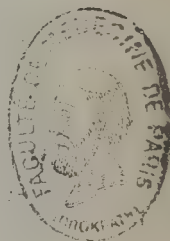
---

### SUR QUATRE CAS DE PSYCHOSE HALLUCINATOIRE

*Essai d'interprétation*

PAR

PAUL COSSA (de Nice)



Les cas ne sont pas nombreux où l'on peut rapporter une psychose hallucinatoire à une cause organique déterminée. Nous avons la bonne fortune d'en publier quatre aujourd'hui : deux pour lesquels l'hypothèse étiologique n'apparaît que probable ; deux qui ont pu faire leur preuve rigoureuse par les résultats thérapeutiques. Leur exposé nous a paru trouver son opportunité dans la discussion récente de la Société Médico-psychologique.

#### I. — OBSERVATIONS

OBSERVATION I. — M. Louis F... est un cultivateur de 37 ans, aux antécédents neurologiques certains : tante épileptique ; père bizarre, inadapté social ; lui-même devenu cultivateur par incapacité de faire des études secondaires. Mais évolution normale, y compris la guerre, sans aucun épisode psychopathique jusqu'à maintenant.

Au cours des années 1933-1934, des disputes politiques (déchainées

par un instituteur communiste) divisent son village en deux clans violemment hostiles. Il appartient à l'un, sa maîtresse (depuis dix ans) à l'autre. Disputes fréquentes, puis rupture sur une infidélité de la dame. Au même moment (printemps 1934) la bataille politique atteint son acmé, marquée par des élections auxquelles il prend une part très active et terminée par le succès définitif de son parti. Brusquement, en pleine bagarre électorale, s'établit chez notre malade un délire de persécution à base, pour une part, interprétative (des pages manquent à un livre de sa bibliothèque : c'est l'instituteur qui les a fait enlever en signe de menace), mais, pour une part, nettement hallucinatoire. (Audition de voix menaçantes dont il reconnaît le timbre : l'hôtelier du lieu, l'instituteur, son ancienne maîtresse, tous membres du même clan).

Il quitte son village, va à la Sainte-Baume : tout s'apaise d'abord. Mais, après quelques jours seulement, il croit être poursuivi, dans les bois, par un des membres de la bande sommairement vêtu d'un maillot de bains. Il revient à son village, puis le quitte après peu de temps pour Lourdes (où il reprend la pratique de la religion, servant même de brancardier aux malades). Il revoit ses persécuteurs dans la foule des pèlerins.

De retour chez lui, on nous le conduit pour la première fois au début de l'été 1934. L'examen somatique est totalement négatif (au point de vue neurologique en particulier). Sur notre conseil, le malade s'isole de son milieu, fait en Corse un séjour de cinq mois, au cours duquel rien ne se manifeste plus. Il revient rassuré, mais croit reconnaître sa maîtresse au débarcadère du bateau, et, bien qu'il apprenne à son arrivée au village qu'elle est partie depuis longtemps, il recommence à être inquiet, à se croire persécuté, menacé. Quand on l'interroge sur l'existence ou non d'hallucinations actuelles, il demeure réticent.

Tout est classique jusqu'ici dans cette histoire : la part sociale importante du début, le lent travail psychologique de rumination préalable..., l'amélioration transitoire par le dépaysement, et, au retour, l'acheminement vers la chronicité du délire.

Seulement, en janvier 1935, la sœur du malade vient nous trouver : son frère ne va pas bien ; il a présenté le 2 janvier une « crise nerveuse » au cours de laquelle il est tombé, avec de la bave aux lèvres mais sans perte de connaissance (??). Mais il refuse de voir le médecin. Aussi n'est-ce pas pour lui qu'elle vient, mais pour consulter elle-même. A l'examen, elle présente un indiscutable tabès. L'enquête (et l'examen sérologique des ascendants) révélera l'origine héréditaire de la syphilis.

Ainsi éclairé, nous conseillons (sans revoir M. F., toujours hostile), de pratiquer à notre persécuté un traitement arséno-bismuthique. Malgré le retour de deux petites « crises » le 9 et le 15 mars, le malade s'y refuse jusqu'en avril. Il y consent enfin sur les instances du médecin du lieu.

Mais les premières injections, mal faites par une voisine, provoquent un abcès. A cette occasion, reprise hallucinatoire intense ; l'abcès traîne, l'état hallucinatoire aussi ; puis l'infection gagne, produit un énorme décollement de la fesse, avec cachectisation rapide.

Nous n'avons pas revu le malade à ce moment. Mais notre confrère, médecin de son village, affirme qu'il a présenté alors, durant plusieurs semaines, un état d'affaiblissement psychique global, et assez accentué. On reprend malgré tout le stovarsol. En quelques semaines, état mental et physique se transforment. Quand nous le revoyons, en octobre 1935, le malade peut être considéré comme psychiquement et somatiquement normal. Nous l'avons suivi régulièrement depuis. Il s'est docilement soumis à un traitement très régulier (6 séries de 21 injections de stovarsol en 2 ans). Il va parfaitement bien. Aucune anomalie mentale ne peut être actuellement relevée, sinon un peu de puérilisme. Travail et comportement social ne donnent lieu à aucune critique.

OBSERVATION II. — *L'histoire de Mme Justine Fa.* a été publiée par nous à la Réunion Neurologique de 1934. C'est une femme de 57 ans, italienne, qui a mené dans sa famille une existence bien tranquille et toute normale. Depuis 15 jours, des voix l'injurient ; depuis trois jours on commente ses actes ; depuis la veille, on menace sa vie par des gaz asphyxiants... En fait, l'interrogatoire de la famille apprend d'abord que, depuis plusieurs mois, la malade est inquiète et dort mal, qu'elle se querelle avec les voisins ; ensuite que, depuis le même laps de temps, le goître fibreux qu'elle porte depuis 37 ans a grossi. L'examen ne montre aucun des signes ordinaires de Basedow, mais, outre le goître, une hypertension artérielle à 20/13/9.

Mme Fa. subit une thyroïdectomie sub-totale (exérèse des seules régions adénomateuses), à la suite de quoi la tension artérielle tombe à 14,5/8. Les troubles psychiques cèdent en même temps, si complètement que la malade en fait elle-même la critique pour le passé.

La guérison se maintient donc jusqu'au printemps 1937 (donc trois ans après notre présentation de 1934). A ce moment, la malade revient nous consulter. Depuis deux mois elle était anxieuse. Depuis quinze jours on l'ennuie ; parfois, quand elle est à sa vaisselle, il lui semble entendre des gens qui l'injurient et cela paraît venir par l'évier. L'examen clinique montre une augmentation nette du goître qui s'est reformé aux dépens de ce qui avait été laissé de glande (quoique bien moindre que la première fois). Mais cette fois les signes de syndrome de Basedow sont nets, et cette fois la chirurgie n'a pas dû intervenir. Le repos, l'iode et la radiothérapie ont suffi à tout ramener dans l'ordre, dans l'ordre endocrinien comme dans l'ordre psychique.

OBSERVATION III. — *Mme B.* est également hyperthyroïdienne ; mais elle n'est pas que cela, et elle l'est depuis peu de temps lorsqu'elle vient nous consulter en janvier 1937. Elle a alors 38 ans ; elle a



commencé dès sa 18<sup>e</sup> année à perdre l'ouïe ; la surdité par otospongiose bilatérale est totale depuis six ans environ, et s'accompagne d'acouphènes continuels. Jusqu'ici, la malade n'a pas présenté d'anomalies psychiques importantes. Cependant, dès son mariage, elle a manifesté une jalousie excessive (aux dires de son mari). Elle a toujours été bien réglée.

C'est au début de novembre 1936 que sa santé se gâte : cela débute par des troubles vaso-moteurs intenses (congestion pénible de la face) qui durent encore. Rapidement, la malade est devenue anxieuse, pleurant une partie de la journée, et anxieuse au sujet de tout. (Elle avait peur de tout, dit le mari, mais elle reprenait ses idées de jalousie vis-à-vis de moi). A noter que, malgré cette anxiété et ces pleurs, la malade était continuellement en mouvement, et qu'elle était fort irritable. En même temps ses règles sont devenues beaucoup plus pauvres que par le passé (menstruations de novembre, décembre, janvier). Vers le 15 ou 20 décembre, elle a cessé de pleurer ; la petite excitation qu'elle présentait est devenue euphorique. Et c'est vers le début de janvier qu'elle a commencé à accuser la T.S.F.

A l'examen (27 janvier), la présentation frappe parce que bien inhabituelle chez une hallucinée. Surexcitation euphorique, aspect enjoué (si bien qu'on fera une ponction lombaire de contrôle, aux résultats rigoureusement normaux). L'interrogatoire, difficile, se fait uniquement par questions écrites auxquelles elle répond oralement : elle a une T.S.F. dans la tête, qui lui fait entendre la voix de gens qu'elle connaît et qui sont loin de Nice, alors que sa surdité l'empêche d'entendre les interlocuteurs présents. Elle paraît éprouver de l'écho de la pensée, et peut-être du commentaire des actes. (C'est comme une conversation dans ma tête, et j'y réponds. On sait ce que je pense). Elle reconnaît de bonne grâce la constance et la réalité de ses acouphènes, mais « ça n'a rien à voir avec les mots ».

On est tout de suite frappé par l'existence d'un goitre médian, mal limité, diffus, assez volumineux (orange). Il n'y a pas d'exophtalmie, mais du tremblement, une tachycardie marquée, une tension artérielle aux limites supérieures de la normale (15/8) ; et, à l'auscultation, on constate l'existence d'un souffle systolique, siégeant à la base, que sa faiblesse, son inégalité dans le temps, l'absence de toute anomalie radiologique de l'aorte ou du cœur, font considérer comme fonctionnel et dû à la compression thyroïdienne. Le métabolisme de base est de 20 0/0 au-dessus de la normale.

Devant ces constatations, on traite par radiothérapie thyroïdienne (3.000 R moyennement pénétrants) avec l'appoint de la solution de Lugol (XL gouttes par jour à 5 0/0). Une première série améliore la thyrotoxicose sans la guérir : la tension artérielle demeure à 15/8, les phénomènes vasomoteurs sont les mêmes, le métabolisme de base est encore à + 18 0/0. Mais le tremblement a disparu, et la tachycardie a complètement cédé. Parallèlement à cette amélioration partielle de l'élément endocrinien, une curieuse évolution s'est faite de

l'état hallucinatoire : d'abord la malade n'a plus entendu que des phrases rythmées (allant chez le radiologiste elle entendait, éternellement répété, « Docteur le cœur bat, Docteur le cœur bat »). Maintenant, elle n'entend plus de voix mais seulement : « comme un carillon dans la ville, ce n'est pas moi ; en ce moment le carillon n'y est pas ; mais j'entends à de certains moments, comme de la musique, une marche funèbre. Peut-être un grand appareil de T.S.F. dans la ville qui s'amuse aux dépens des gens ».

L'impression d'amélioration est confirmée par les modifications du comportement ; Mme B. dort maintenant ; elle est beaucoup plus calme ; elle a recommencé à tenir son ménage. Mais elle demeure euphorique et souriante. Elle se trouve elle-même assez bien pour ne pas continuer les soins... Et son mari, satisfait de voir revenir un comportement social normal, ne fait pas reprendre la radiothérapie.

OBSERVATION IV. — *M. T.* (1) a toujours été un timide, émotif et un peu scrupuleux. Sa vie (d'écolier, d'étudiant, de jeune homme oisif et renté) a cependant été normale, jusqu'en 1930. A ce moment, son foyer familial se trouve disloqué par une série d'événements (mariage de son frère, morts successives de son père et de sa mère, grosses difficultés de succession qui le brouillent avec sa sœur et le ruinent à demi son frère et lui). Il a alors quarante ans.

A l'automne 1930, installé depuis peu dans son appartement de garçon, il présente brusquement une grande crise hallucinatoire ; il entend des voix parmi lesquelles il reconnaît celle de son frère (très affectionné) se disputant avec des voisins. Dépaysement. Tout cède en quelques jours.

Quelques semaines après son retour dans le même appartement, il accepte de signer une pétition demandant l'expulsion d'un co-locataire indésirable. Après quelques jours d'anxiété, les perceptions hallucinatoires reviennent et se systématisent : on le poursuit parce qu'il a signé. Nouveau dépaysement, la crise s'apaise (plus difficilement que la première) et les six ou sept mois suivants sont seulement marqués par une tendance à l'anxiété.

Au cours de l'été 1931, nouvelle crise, à la campagne. Le syndrome d'action extérieure se complète avec prise de la pensée, commentaire des actes. Cette crise est longue à céder. Après disparition des hallucinations, le malade demeure non seulement inquiet mais persuadé de la réalité des persécutions. Il croit que la bande a cessé de le poursuivre pour un temps... mais que, sans doute, elle ne le perd pas de vue. C'est alors que nous sommes appelés à le voir pour la première fois. Les examens pratiqués à ce moment ne montrent aucune anomalie neurologique. Le liquide céphalo-rachidien ne présente

(1) Nous avons longuement suivi ce malade, durant plus de cinq ans (oct. 1931 à janv. 1937) et de façon parfois quotidienne. Aussi résumons-nous beaucoup sa très copieuse observation.

aucune anomalie. Somatiquement, on constate les séquelles d'une ancienne arthrodèse pour tumeur blanche du genou ; un léger louche d'albumine dans les urines ; une constipation tenace, avec état saburral accentué, intestin atone et encombré. Le corps thyroïde, sur lequel le malade attire l'attention, apparaît cliniquement et biologiquement normal.

Dès lors, les périodes de crise vont se reproduire à intervalles variables, mais elles tendent à devenir de plus en plus fréquentes et durables. Seulement toutes ces crises ne se ressemblent pas, par leur intensité :

a) Au cours de certaines de ces crises, l'activité hallucinatoire et l'anxiété sont telles que le malade présente un véritable état confusionnel. Par exemple, lors de la quatrième crise (qui suit immédiatement la période que nous venons de décrire), après quelques jours d'agitation anxieuse et de mutisme, le malade échappant à sa gouvernante va perquisitionner dans le grenier de son immeuble, et tombe, à travers le plafond, chez le locataire du 6°. Quand on nous appelle après cet incident, il est si confus qu'il ne nous reconnaît pas, qu'il ne sait plus ni le quantième, ni s'il est matin ou soir. Très angoissé, il met beaucoup de difficultés à nous confier que, continuellement, par les deux oreilles, des voix d'hommes et de femmes l'injurient dans un vocabulaire violent et ordurier. Il est si inquiet et agité qu'on doit l'endormir avec du somnifène intraveineux pour le transporter en clinique. L'encombrement digestif est alors extrême. Il y a un peu de température (37°8). Des crises aussi violentes, avec état confusionnel certain, seront l'exception dans l'évolution ultérieure. Elles se reproduiront cependant deux fois, toujours plus ou moins fébriles.

b) Au contraire, la plupart des crises ressemblent aux premières ; les hallucinations succèdent d'ordinaire à quelques jours d'angoisse, d'insomnie et de troubles digestifs. Elles sont nettement verbales ; leur « esthésie » est parfaite. Pas un instant le malade ne doute de leur caractère extérieur à lui. Il reconnaît leur propriétaire au timbre... C'est ainsi qu'au cours de la crise de décembre 1934, le malade croit un soir entendre son médecin l'injurier sous ses fenêtres, dans la rue. Devant la démonstration, le lendemain, de l'impossibilité de cette aventure, il expliquera : « Alors, Docteur, c'est que, pour me brouiller avec vous, ils imitent votre voix ».

c) Entre les crises hallucinatoires elles-mêmes l'état du mental varie. Tantôt il demeure un peu anxieux, totalement persuadé de la certitude de la persécution. Pour le passé il base cette certitude sur les hallucinations elles-mêmes. Pour le présent, il l'entretient de quelques interprétations simples : « Un ami l'a regardé d'un drôle d'air. Un inconnu croisé dans la rue prononçait le prénom de son frère ». Plus rarement, toute inquiétude, toute anxiété disparaissent pour le présent. Il croit que vraiment la bande le laisse momentanément tranquille... Parfois même, il laisse légèrement entamer la certitude des

phrases-hallucinatoires passées... « Peut-être, quand j'étais vraiment confus, que je ne savais plus la date ni le jour, c'était vraiment de la maladie. Mais les autres fois, quand je ne perdais pas la tête, c'était bien eux, la bande... »

Mais l'intérêt de cette histoire n'est pas là ; nous avons signalé, dès notre premier examen, l'existence d'un encombrement digestif. Longtemps nous n'y avons pas attaché grande importance. Notre attention n'a été attirée que par une constatation fortuite, la terminaison brutale de la crise hallucinatoire de décembre 1934 après une débâcle intestinale énorme, accompagnée d'une véritable crise urinaire. L'observation minutieuse du malade, dans la phase de rémission consécutive, permet de constater un surprenant parallélisme entre les petites poussées d'encombrement digestif et les petites rechutes d'anxiété. Au printemps suivant, la brusque aggravation de l'état intestinal fait prévoir, deux jours avant, une nouvelle crise hallucinatoire. C'est alors seulement que, le malade acceptant enfin un examen radiologique, nous obtenons la clé de ce parallélisme : on constate un mégacolon, avec dolichocolon énorme : le colon droit est très dilaté ; le transverse est long mais son calibre est normal ; le diamètre redevient énorme à partir de l'angle colique gauche qui est très aigu (d'où les crises d'occlusion ultérieures). L'allongement du colon descendant est tel qu'après avoir gagné une première fois le petit bassin, il remonte au niveau de son origine splénique pour redescendre dessiner l'S iliaque. Son diamètre est tel que les deux litres de bouillie barytée qui suffisent d'ordinaire à injecter tout le cadre colique, ne parviennent pas ici à remplir la seule ampoule colo-rectale.

Sitôt que possible, M. T. suit une cure à Châtel-Guyon. Malgré que celle-ci ait déclenché un violent épisode d'infection intestinale, les résultats en sont surprenants : pendant deux mois, les évacuations se font plus normales, le malade engraisse ; il a bonne mine, dort bien. Confiant et gai, il n'entend plus rien ; il n'interprète plus ; il fait même la critique du passé : « Si, d'ici un an, je n'entends plus de voix, vous m'aurez convaincu, docteur, que c'était de la maladie ». Jamais, depuis 1929 il n'avait été ainsi.

Malheureusement, fin novembre, l'anxiété et les troubles digestifs reprennent. Et nous aurons de nouveau des poussées hallucinatoires début janvier, fin février, puis tous les deux mois environ.

Au cours de l'été 1936, la cure de Châtel-Guyon donne des résultats moins bons : si, au cours des deux mois suivants aucune poussée hallucinatoire ne se produit, la certitude de la persécution et l'anxiété demeurent. Fin octobre, puis fin novembre des crises de sub-occlusion se produisent, avec reprise des phénomènes sensoriels. Le malade accepte le principe de l'intervention mais diffère celle-ci jusqu'en janvier 1937. La colectomie totale est alors pratiquée en un temps. Choc intense d'où le malade sort à grand-peine à l'aide d'une transfusion de 600 cc. de sang. Trois jours durant l'état est bon. Au quatrième se produisent des accidents d'occlusion aiguë du grêle dont

a raison la thérapeutique habituelle de rechloruration. Malheureusement, on ajoute le même soir une nouvelle transfusion de 500 cc. (avec un autre donneur, dit universel, que celui qui avait été utilisé le jour de l'intervention). Et c'est au choc intense provoqué par la transfusion que succombera le malade. La vérification nécropsique montrera l'état anatomique parfait des sutures et des anses anastomosées.

L'examen de la pièce opératoire permet de se rendre compte et de l'énorme augmentation de volume des colons, et de l'extrême minceur de leur paroi, réduite à certains points à une membrane transparente.

## II. — COMMENTAIRES

### I. Le point de vue étiologique

*Un élément organique peut intervenir dans le déterminisme de la psychose hallucinatoire.*

Nos quatre malades ont présenté des hallucinations de l'ouïe, et des hallucinations vraies, leur donnant l'illusion complète de paroles prononcées par un interlocuteur invisible. Tous quatre appuyaient sur ces hallucinations une construction délirante plus ou moins riche, plus ou moins discutée, mais, pour finir, intégralement acceptée.

A première vue, rien que de banal dans leur histoire. Côté étiologique, une seule fois (III), l'élément constitutionnel, paranoïaque, apparaît nettement ; par contre, chez trois malades sur quatre (I-II-IV), l'élément psychosocial saute aux yeux, des conflits vigoureux se sont élevés avec le milieu social ou familial. Et chez ces malades, on retrouve la classique phase d'inquiétude, de méditation préalable à l'activité hallucinatoire.

Au cours de l'évolution, chez tous, le délire a trouvé son aliment dans les faits de la vie quotidienne, avec ou sans mécanisme d'interprétation franche. Certes, on n'a pas observé dans sa rigueur schématique l'évolution en quatre périodes du type Magnan. Mais cette évolution se dessinait chez le seul de nos cas (IV), qui ait duré plus d'un an (extension du nombre des persécuteurs, début de réaction orgueilleuse). Chez les autres, elle a été interrompue par la thérapeutique.

Ces éléments étiologiques, cette évolution, sembleraient corroborer le point de vue de ceux qui voient, dans les syndromes hallucinatoires, la réaction purement psychologique d'un « socialement faible », aux traumatismes de la vie affective comme aux conflits de la vie sociale ; et pour qui l'hallucination n'est



que la projection hors de soi, l'extériorisation purement psychogénétique d'idées délirantes préexistantes.

Or, dans nos quatre cas, il existait une maladie somatique sérieuse, de celles qui peuvent indubitablement retentir sur le système nerveux : une syphilis ; deux hyperthyroïdies ; une toxi-infection digestive très grave. Y a-t-il une relation entre l'état psychiatrique et cette maladie somatique ?

I. — Deux fois (le cas I et le cas II), cette relation ne fait aucun doute parce que la guérison de la maladie somatique a suffi à entraîner la disparition de toute anomalie psychique : pour le premier malade, la constatation, chez sa sœur, d'une hérédo-syphilis, a conduit à conseiller un traitement spécifique intensif qui a tout ramené à la normale. Pour la deuxième, le goitre, l'importance du retentissement endocrinien, attiraient d'emblée l'attention ; la guérison parallèle des troubles glandulaires et des troubles psychiques après thyroïdectomie partielle ; la rechute également parallèle avec reproduction du goitre ; la guérison définitive, enfin, ne laissent, croyons-nous, aucun doute.

II. — Dans les deux autres cas, la relation est moins immédiatement évidente.

A. En ce qui concerne la troisième malade (Mme B...), trois éléments étiologiques peuvent, en effet, intervenir :

Une légère tendance paranoïaque vraisemblablement constitutionnelle.

L'otospongiose, facteur d'acouphènes.

La thyroétoxicose.

Le rôle respectif de ces éléments se dégage aisément de l'histoire clinique : tendance paranoïaque et acouphènes existaient ensemble depuis 15 ans. Ils ne suffisaient pas, même unis, à déterminer des hallucinations. Pour que celles-ci interviennent, il a fallu la thyroétoxicose. Et l'amélioration parallèle, sous l'influence de la radiothérapie, des hallucinations et des troubles endocriniens, nous paraît, ici aussi, emporter la conviction.

B. Le quatrième malade, M. T..., présentait une toxi-infection d'origine digestive massive (une sentine dans le ventre, s'écria le chirurgien en l'opérant) et ancienne. Y a-t-il des relations entre cette toxi-infection et le syndrome psychique observé ?

Il nous manque, pour l'affirmer avec une pleine certitude, la preuve cruciale qu'aurait pu constituer la guérison opéra-

toire. Les relations de causalité nous paraissent cependant probables :

- a) A cause de l'intensité même de la toxi-infection digestive.
- b) A cause des variations observées durant plusieurs années, dans l'état mental, variations répondant, par périodes successives, à quatre « niveaux » psychiques différents.
- c) A cause surtout du parallélisme observé entre les manifestations de cette toxi-infection et les manifestations psychiques : les premières (une fois notre attention éveillée sur elles), permettaient de prévoir les secondes. Un traitement purement digestif (Châtel-Guyon) a provoqué une très grande amélioration psychiatrique, malheureusement précaire, mais certaine.

Au total, donc, nous nous croyons autorisés à dire que, chez nos malades, l'anomalie psychique était, deux fois certainement, et deux fois très probablement, liée à la maladie somatique. *Un élément organique peut donc intervenir dans le déterminisme de la psychose hallucinatoire chronique.*

Mais comment, à partir de la constatation d'un élément étiologique organique, expliquer la production du trouble mental ?

## II. Le point de vue pathogénique

Les théories de l'hallucination se situent (depuis Esquirol, Moreau de Tours et Baillarger), entre deux positions extrêmes :

Perception par la conscience d'un phénomène sensoriel réel, mais provoqué par une excitation anormale, et pathologique de l'appareil sensoriel. Cette conception explique l'esthésie, mais non la conviction du malade ; ni le choix des thèmes dans le propre fond psychologique de celui-ci : elle néglige le caractère global du trouble mental prouvé par l'association d'autres symptômes pathologiques et par l'affaiblissement intellectuel sous-jacent.

Méconnaissance, par la conscience du caractère intérieur d'une pensée ou d'un souvenir, son extériorisation, et son attribution à autrui. Cette conception met en évidence la conviction du malade ; elle explique le choix du thème ; elle rend compte du caractère global du trouble ; mais elle ne peut expliquer son esthésie, ni pourquoi certains délirants hallucinent, d'autres se contentant d'interpréter.

Ces remarques nous montrent l'importance, pour comprendre le mécanisme du fait hallucinatoire, de bien préciser ces

éléments sémiologiques : sensorialité, esthésie, croyance, choix des éléments du délire, troubles intellectuels associés. Voyons donc d'abord ce qu'ils étaient chez nos malades.

### I. PRÉCISIONS SÉMIOLOGIQUES

1) *Sensorialité, esthésie* : nos malades entendaient-ils vraiment des voix extérieures à eux-mêmes, dotées d'un timbre et d'une personnalité ? Tous l'affirmaient ; tous reconnaissaient, au timbre, les voix de personnes différentes (M. T... allait, une nuit, jusqu'à entendre sous ses fenêtres la voix de son médecin, et c'est seulement devant la démonstration de la rigoureuse impossibilité de cette perception qu'il corrigeait : alors c'est qu'un de mes persécuteurs est assez habile pour imiter votre voix à s'y méprendre). Deux au moins localisaient très exactement le point de départ des voix (M. T... sous le plancher de la voiture qui m'emmenait avec lui sous une pluie torrentielle ; Mme Fa... dans l'évier de sa cuisine). Tout ceci, joint à l'attitude d'audition plusieurs fois observées, et à l'association (chez Mme Fa...) d'hallucinations olfactives élémentaires, ne nous laisse aucun doute : il s'agissait d'hallucinations auditives verbales réelles, pleinement sensorielles, esthésiques (1), et non de pseudo-hallucinations.

2) *Croyance* : La croyance de nos malades dans la réalité de leurs phantasmes était non moins rigoureuse, absolue. Chez tous intervenait ce « jugement de réalité » sur lequel insiste si justement M. Claude. Cette conviction était imperméable à toute discussion, à toute démonstration. Ceci est à souligner, car on sait que l'esthésie, la sensorialité d'une hallucination ne suffisent pas à emporter la conviction du malade : les plus sensorielles sont peut-être, au contraire, celles qui donnent le plus un sentiment d'irréalité (hallucinose).

3) *Choix des thèmes délirants*.

Cependant, tous nos malades tiraient les éléments du délire de leur propre fond : M. F..., de la lutte politique qui partageait son village et le séparait de sa maîtresse ; Mme Fa..., des disputes du voisinage ; M. T..., d'un conflit familial et de l'expulsion d'un voisin indésirable. Ce qu'ils entendaient se rapportait

(1) On sait que M. Guiraud donne en outre, pour souligner la pleine sensorialité des hallucinations auditives verbales, l'argument que voici : si l'hallucination n'est que la projection au dehors de la pensée délirante, pourquoi les délirants chroniques interprétants n'ont-ils pas tous des hallucinations ?

pleinement à ces préoccupations intimes, aussi bien par le contenu des discours que par la personnalité des orateurs.

Parmi tant d'autres sujets qu'aurait pu leur offrir la vie quotidienne, ces thèmes comportaient tous un retentissement affectif considérable. Nos quatre malades, sauf épisodiquement Mme B..., étaient anxieux. Et, de cette anxiété, on doit rapprocher le fait que leur maladie somatique était précisément de celles qui perturbent profondément la vie végétative (l'hyperthyroïdie chez Mme B... et Mme Fa... ; une toxi-infection digestive massive avec grosses réactions vasomotrices et tensionnelles chez M. T...).

4) *Troubles intellectuels associés.* — Enfin, chez tous nos malades, l'élément hallucinatoire n'était pas seul : précédé au moins trois fois sur quatre d'une phase d'inquiétude, de méditation préalable, au cours duquel l'élément xénopathique apparaissait de manière toute intuitive ; accompagné chez M. F... une fois ou deux, chez M. T... plus souvent, de ces épisodes oniroïdes sur lesquels a justement insisté M. Claude ; accompagné sans doute d'hallucinations olfactives élémentaires chez Mme Fa... Presque constamment, enfin, se joignaient à lui des interprétations simples, des jugements tout faits, quasi-intuitifs (un livre est déchiré dans ma bibliothèque : c'est le clan politique adverse, dit M. F... Ce monsieur m'a regardé d'une drôle de façon : il a pensé « cochon, salaud », dit M. T...).

Mais souvent, chez tous nos malades, une observation minutieuse a pu mettre en évidence un affaiblissement psychique plus ou moins marqué, plus ou moins apparent suivant les moments. Et l'on sait, après Claude, Ey, Baruk, de Greef, Vermeylen, l'importance de cette notion : M. F... a fait, au témoignage de son médecin, un véritable épisode démentiel ; Mme Fa... n'avait plus qu'une activité toute automatique de ménagère ; Mme B..., qui n'était plus capable de tenir correctement son intérieur, présentait une niaiserie, une puérilité, une satisfaction d'elle-même qui ne se conçoivent pas sans déficit psychique. Quant à M. T..., à partir du moment où l'état de la maladie a été complet, et abstraction faite de la phase de subguérison qui a suivi la première cure thermale, il s'est présenté :

a) Tantôt légèrement inquiet, persuadé des persécutions pour le passé, mais croyant à une rémission momentanée de celles-ci (avec quelques réserves toutefois).

b) Tantôt franchement anxieux, basant sa persuasion du passé sur le souvenir des épisodes hallucinatoires, sa persuasion du présent sur des interprétations fragmentaires.

c) Tantôt anxieux et halluciné, avec prise ou non de la pensée.

d) Tantôt anxieux et halluciné, mais avec un indiscutable appoint confusionnel.

Il nous semble bien qu'il y ait là quatre « niveaux » psychologiques différents, au sens où l'entend M. Ey, après Jackson. Et, non seulement le dernier de ces états, le plus grave, constitue un affaiblissement psychique global important, mais même le premier, le plus léger, comportait un indiscutable déficit intellectuel : le malade n'était plus capable d'aucune activité intellectuelle, même pas d'une lecture tant soit peu sérieuse. *Le passage de l'un à l'autre de ces niveaux, sous l'influence de l'altération organique, constitue bien une désintégration psychique globale et progressive.* Et c'est seulement quand cette désintégration atteint un certain degré que l'hallucination apparaît.

Une fois précisés ces éléments sémiologiques, nous pouvons examiner comment chacune des thories en présence cadre ou non avec les faits.

## 2. LES THÉORIES PATHOGÉNIQUES

1° *Théorie de l'excitation périphérique.* — Le rôle de l'excitation périphérique a été autrefois souligné (en particulier par Régis). Il est aujourd'hui considéré comme négligeable — et non sans raison, à cause de la rareté d'altérations réelles de l'ouïe chez les hallucinés. — Cependant, une de nos malades, Mme B..., présentait des acouphènes par otospongiose ; et, s'il est un facteur d'excitation périphérique, c'est bien celui-là. Mais nous avons vu plus haut que cette excitation périphérique isolée ne pouvait pas donner autre chose que des acouphènes. Elle ne suffit pas à nous dire pourquoi, l'hyperthyroïdie étant survenue, sur ces acouphènes se greffent de véritables paroles, chargées d'un contenu idéique. Pour rendre compte de cette transformation, pour expliquer surtout que, malgré leur irréalité, leur absurdité souvent, la malade croie à ses phantasmes (et de quelle croyance ! jusqu'à échaffauder les théories explicatives les plus inattendues), il nous paraît nécessaire d'admettre qu'est intervenu autre chose : tout comme lorsque nous sommes seuls, immobiles et silencieux dans un wagon en marche. Eveillés, nous percevons le bruit rythmé des roues sur les rails et nous le reconnaissons comme tel. Que nous nous assoupissions, qu'un demi-sommeil vienne inhiber notre contrôle psychique supérieur, nous percevons une phrase, toujours la même, rythmée sur le même bruit du train. Pareillement pour notre



malade III : elle perçoit depuis longtemps ses acouphènes, et les reconnaît comme tels. Une baisse de niveau de son psychisme survient : sur les acouphènes se greffe une riche activité hallucinatoire proliférant en questions et réponses. Il a fallu, pour que la malade admette la réalité de ses phantasmes, cette baisse du niveau psychique, cette diminution de son auto-critique. Et, lorsque le traitement endocrinien va corriger ce déficit global, nous allons assister, avec le retour graduel de la critique, à l'évolution inverse : aux hallucinations à contenu idéique varié succèdent des phases stéréotypées rythmées sur les acouphènes, puis, moins encore, de simples bruits musicaux, « comme une musique sur la ville ».

2° *La théorie de l'excitation centrale, corticale*, a connu plus récemment, avec de Clérambault, une fortune éclatante : on sait que, selon celui-ci, l'excitation parasite des zones corticales suffirait à créer le noyau sensoriel du syndrome d'automatisme. Le psychisme du malade n'interviendrait qu'ensuite, dans le développement réactionnel, et tout individuel, de la construction délirante.

Cette théorie, si séduisante soit-elle au premier abord par son apparence physiologique, présente cependant les mêmes insuffisances que la théorie de l'excitation périphérique. Certes, elle explique l'esthésie, la sensorialité du phénomène hallucinatoire. Mais, comme le fait remarquer M. Claude, elle ne pourrait rendre compte, pour leur totalité, que d'hallucinations sensorielles élémentaires (bruits, lumières, etc.), qui, même lorsqu'elles sont secondairement organisées (suivant des lois que la « gestaltpsychologie » a mises en évidence), gardent une irréalité dont le sujet a pleinement conscience (hallucinose). La théorie clérambiste ne peut donc nous dire pourquoi nos quatre malades croyaient en la réalité de leurs hallucinations ; pourquoi intervenait chez eux « un jugement de réalité ». Elle ne peut pas davantage nous expliquer les autres symptômes psychopathologiques constamment rencontrés chez eux : ni la xénopathie primitive ; ni les interprétations ou les jugements intuitifs ; ni le choix des théories dans leur propre fond psychologique ; ni enfin l'affaiblissement intellectuel concomitant. Du syndrome psychopathologique très complexe, mais « un », indissociable, qu'est la psychose hallucinatoire, cette théorie isole arbitrairement une catégorie de symptômes qui n'est ni la seule, ni la première en date, et qui ne suffit pas, en tout cas, à expliquer les autres.

D'ailleurs, si la théorie de l'excitation périphérique était aussi insuffisante, elle avait un mérite : c'est que, chez certains malades (peu nombreux, c'est vrai), cette excitation périphérique existait vraiment ; que l'on pouvait mettre en évidence des lésions irritatives de l'appareil périphérique de l'ouïe.

Il en va tout autrement de la théorie de l'excitation centrale :

D'abord, jamais aucun examen nécropsique, si minutieux soit-il, en coupes si sérieées soient-elles, n'a pu mettre en évidence dans la psychose hallucinatoire chronique des lésions électives de la zone de l'audition. Aussi la Théorie Clérambiste apparaît-elle comme essentiellement gratuite : une fois posée (et combien arbitrairement) l'équation :  $\text{Activité psychique} = \text{cheminement géographique d'un influx nerveux}$ , on s'autorise à remplacer, dans la description des phénomènes psychiatriques, le mot psychique par le mot cortical ; on transpose délibérément des constatations cliniques en un langage histologique. Ce qui n'est qu'un postulat, on le présente comme un fait.

Ensuite, des lésions de la zone auditive (ou de celle du langage) existeraient-elles qu'elles ne pourraient pas, à elles seules, créer une activité nerveuse ou mentale : est-il légitime de parler d'excitation corticale quand tout semble indiquer, au contraire, depuis les travaux de Jackson, qu'une lésion étant, par essence, destructive, ne saurait créer directement des symptômes positifs ; que la réponse habituelle du cortex aux stimulants extérieurs (sauf peut-être aux excitants électriques) est, non une excitation, mais une inhibition, une paralysie fonctionnelle transitoire, libérant plus ou moins les activités sous-jacentes. Il suffit, pour rendre cette objection évidente, d'envisager le cas, par exemple, d'un ramollissement. Passe encore d'admettre que le cortex en activité puisse produire, à lui seul, des phénomènes psychiques : cela suppose une métaphysique matérialiste, mais cela est concevable. Ce qui ne l'est plus, c'est qu'un trou dans le même cortex puisse suffire, toujours à lui seul, à produire les mêmes phénomènes psychiques (Dalbiez). Ceci devient proprement absurde. Il faut, de toute nécessité, pour expliquer l'éclosion de parasites sensoriels dans le cas de lésions destructrices, faire intervenir non seulement ce qui est détruit, mais l'activité libérée de ce qui reste : cortex ou sous-cortex.

3° *Théories du déficit physique global.* — Nous avons vu plus haut combien M. Claude et ses élèves (M. Ey en particulier) insistaient dans leurs critiques des théories mécanistes sur le caractère global des troubles, sur la constance d'un déficit intel-

lectuel, sur l'importance cruciale enfin de la conviction du malade, sans laquelle il n'y aurait pas hallucination. Ces constatations ont conduit M. Claude à penser que point n'est besoin d'une irritation sensorielle (qui peut exister, mais rarement, et qui n'est pas indispensable) pour que le malade extériorise ses souvenirs, ses pensées. « La croyance va le plus souvent au devant de l'objet absent, l'appelle et le crée à partir du matériel mnésique. » Mais cette extériorisation ne peut se faire, comme on l'a cru longtemps, par simple intensification des images (voir les critiques de Mourgue, celles de Claude et Ey). Pour qu'intervienne le « jugement de réalité », il faut justement ce déficit global du psychisme, cet affaiblissement intellectuel constamment relevés. Et c'est en créant ce déficit global qu'interviendrait l'atteinte cérébrale organique et diffuse.

De son côté, M. Baruk a souligné combien les troubles de contention de la pensée intérieure pouvaient présenter de degrés divers (de la xénopathie simple au syndrome de Clérambault et jusqu'à leur extériorisation en verbigérations) ; il a rapproché ces troubles de ce que l'on peut voir au cours d'autres processus d'origine organique, telles certaines auras comitiales, ou certaines toxicoses cérébrales. Et il a montré que, dans tous ces cas (et vraisemblablement aussi dans la psychose hallucinatoire), il s'agissait d'un désordre diffus, non localisé de l'activité cérébrale.

Ce déficit psychique global, sur lequel avaient précédemment insisté (*vide supra*) de Greef et Vermeylen, nous le retrouvons chez tous nos malades : mieux, nous avons vu, chez l'un d'entre eux (Mme B...), qu'il pouvait seul expliquer la transformation des acouphènes en perception hallucinatoire ; chez un autre (M. T...), que l'activité hallucinatoire n'apparaissait qu'à partir d'un certain niveau de désintégration. Il nous apparaît donc comme capital. Et, de ce fait, la théorie de M. Claude nous satisfait pour une grande part : elle rend compte, et du caractère global du trouble psychique, donc de l'association d'autres symptômes, et du choix des thèmes dans le fond psychologique du malade, et de la xénopathie primitive. Il est probable qu'elle suffit à expliquer la production de ces pseudo-hallucinations que M. Claude lui-même, tout en soulignant leurs points de contact, a beaucoup contribué à isoler des vraies. Mais elle se heurte, selon nous, à l'obstacle de la sensorialité, de l'esthésie des hallucinations vraies. Pourquoi ces malades entendent-ils leur pensée, non seulement comme venant d'un autre, mais comme prononcée par une voix déterminée, et souvent en un point déterminé de l'espace ?

4° *Théories mixtes.* — La nécessité de faire place à ces différents éléments n'a pas échappé à d'autres auteurs qui attribuent au facteur sensoriel la production de l'élément esthétique (mais de lui seul) : M. Mourgue, tout en mettant à la base de l'hallucination un phénomène biopsychologique complexe que nous retrouverons plus loin, souligne que, dans la localisation des voix, dans leur objectivation spatiale, intervient une composante motrice et labyrinthique. Cette conception paraît avoir été dictée à son auteur par une comparaison avec ce qui se passe dans la vision normale d'une part (rôle des « mouvements naissants », « du globe », des « attitudes motrices », de la proprioceptivité musculaire et nerveuse) et dans l'hallucination visuelle d'autre part (rôle de l'orientation des yeux dans les hallucinations éthyliques ; voir également les travaux de Morel sur les scotomes positifs). Mais le rôle de ces attitudes motrices, de ces mouvements naissants, est probablement moins important dans la perception auditive normale, et dans l'hallucination auditive que dans l'activité visuelle. Peut-être cependant les facteurs labyrinthiques qu'elle souligne trouveraient-ils une confirmation dans les troubles de vasomotricité cervico-labyrinthique relevés chez nos basedowiens.

D'une manière plus générale, M. Guiraud, s'il admet que le conflit xénopathique commence chronologiquement la psychose, fait intervenir, pour sa « sensorialisation », un autre élément. Normalement, dit-il, nos centres sensoriels corticaux vivent dans un état de vigilance dans un « tonus de repos » (analogue au tonus de repos musculaire), traduit à notre conscience par ce qu'il a très justement appelé « l'Ecran sensoriel », et dont il voit, dans les ondes  $\alpha$  de Berger, la traduction électrophysiologique. C'est l'exaltation de ce tonus de repos, par excitation directe, pathologique des zones sensorielles du cortex qui, sans créer vraiment l'hallucination, comme le veut de Clérambault, viendrait donner son caractère « esthétique » à la xénopathie primitive du malade.

Cette manière de considérer les choses (qui fait sa part, mais rien que sa part au facteur esthétique) nous paraîtrait extrêmement séduisante, si elle ne se heurtait, d'une part, à l'absence de lésions anatomiques de la zone auditive du cortex, et, d'autre part, à l'impossibilité de concevoir une excitation par lésion corticale (que nous avons déjà reprochée à la théorie clérambiste). Nous pensons cependant qu'elle apporte un élément physiologique important à la compréhension du fait hallucinatoire, à la seule condition de la modifier légèrement dans un sens jacksonien.

5° *Essai de synthèse jacksonienne.* — Dans les commentaires si denses qu'il a consacrés, avec M. Rouart, à des textes de Jackson, M. Ey a esquissé les premiers traits d'une telle synthèse.

Si nous l'avons bien comprise, sa pensée, exprimée de manière volontairement très brève, très elliptique, mais en concordance complète avec ses travaux antérieurs, diffère de ce que nous allons avancer : moins préoccupé que nous du caractère esthétique du trouble hallucinatoire ; frappé, au contraire, de cette notion que, là où ce caractère est maximum, le délire est souvent nul (hallucinose) ; et de ce que ce caractère n'existe pas, au contraire, dans certains troubles de la série hallucinatoire (pseudo-hallucinations et hallucinations psychiques), M. Ey pense que point n'est besoin d'envisager la mise en jeu élective d'une fonction sensorielle ; mais que tout se passe comme pour le sommeil et le rêve : de même que le sommeil entraîne la chute à un niveau psychique qui comporte obligatoirement le mode de pensée onirique, de même la psychose entraîne-t-elle la chute à un niveau de dissolution structurale donné « dont le caractère auditif verbal dépend d'une immensité de conditions psycho-physiologiques propres à ce niveau ». Tout au contraire, nous croyons — nous l'avons dit plus haut — à l'importance de « l'esthésie » ; en outre, la conception de M. Ey suppose que l'activité hallucinatoire soit liée à un niveau psychologique donné, préétabli. Nous ne nous croyons pas autorisé à aller si loin dans l'hypothèse (1). L'exemple de Mme B..., chez qui déficit psychique et excitation sensorielle ne relevaient pas de la même cause, nous écarte, au contraire, de l'idée d'une liaison obligée.

Nous ne pensons pas que ce qui reste, une fois inhibé le psychisme supérieur, soit un ensemble psychique défini, bien délimité, cohérent, aux parties fortement liées entre elles ; nous croyons au contraire que cette dissolution peut libérer,

(1) La comparaison avec le sommeil et le rêve ne saurait être poursuivie aussi loin : le sommeil est un état physiologique auquel le rêve est intimement lié. La psychose est un état pathologique ; le niveau auquel elle ramène le psychisme n'a pas la cohérence ni la stabilité d'un état physiologique. Qu'on nous permette une comparaison : quand la déflagration d'un projectile atteint une maison, elle peut enlever le toit, sans toucher au reste, parce que, entre le toit et les murs, il y a normalement solution de continuité. Si elle poursuit plus loin sa destruction, il nous paraît douteux que ce soit strictement étage par étage : les fissures peuvent fort bien, suivant les faiblesses de la construction, s'arrêter ici au cinquième, pour saper là le rez-de-chaussée. (Voir également là-dessus la note de la page suivante).



assez anarchiquement, des activités dissemblables les unes des autres.

\*\*  
\*\*

De la critique rapide des diverses théories pathogéniques à laquelle nous nous sommes livrés, nous pouvons retenir :

1) Qu'une place essentielle doit être faite au déficit diffus du psychisme, qui seul peut expliquer et la croyance du malade et les symptômes associés, bref, le caractère global du trouble psychologique.

2) Qu'il est, par contre, nécessaire de faire intervenir, pour expliquer l'esthésie, un élément sensoriel physiologique ; mais que celui-ci :

a) ne peut résider dans une excitation corticale ;

b) réside rarement dans une excitation périphérique.

D'autre part, un fait nous paraît mériter d'être souligné une fois de plus : dans la règle, les hallucinations de la psychose hallucinatoire chronique ne sont pas des hallucinations auditives simples : le malade ne perçoit pas des bruits, ou des sons inarticulés ; ni même des sons articulés, mais incompréhensibles. Il entend des mots, des phrases, ayant un sens, exprimant des idées. Si l'ouïe est mise en jeu, ce n'est pas isolément, en tant que fonction sensorielle élémentaire. C'est en tant que partie d'une fonction plus globale, infiniment plus élevée et plus complexe, tenant à tout le psychisme ; mais aussi fonction d'acquisition beaucoup plus récente : le langage. Si nous tenons compte de ces différents éléments, nous pouvons proposer l'explication suivante sans nous dissimuler son caractère hypothétique et probablement provisoire :

1) L'inhibition du psychisme supérieur se traduit par l'apparition de phénomènes négatifs (de déficit) et de phénomènes positifs (de libération) (1).

a) *Phénomènes négatifs, de déficit.* — C'est proprement la chute de niveau psychique : perte du pouvoir de conduire sa

(1) Comparons ceci à ce qui se passe dans un corps de troupe brusquement privé de son état-major. L'absence de commandement supérieur, voilà le phénomène négatif de déficit. L'initiative des simples soldats qui s'emploient (suivant qu'il demeure ou non une cohésion due aux cadres subalternes), soit à suppléer leurs chefs disparus, soit à chercher leur salut individuel dans une action anarchique..., voilà les phénomènes positifs de libération. Et cette activité individuelle va se modifier sans cesse au gré des événements jusqu'à ce que la fin du combat amène la dissolution du corps de troupe ainsi décimé.

pensée ; d'en contenir le cours dans des barrières voulues ; et surtout la perte des facultés supérieures de critique, de discrimination qui, non seulement rend le malade incapable de corriger lui-même (tel l'hallucinosique) la fausseté de ses perceptions sensorielles, mais qui le rend imperméable aux corrections venues d'autrui.

*b) Phénomènes positifs de libération.* — A cette levée du contrôle supérieur répond un effort de tout ce qui reste pour assurer quand même le fonctionnement du psychisme, la continuité de l'être psychique. Dans cet effort se trouvent émancipées, non pas seulement une, mais toutes les activités psychiques, normalement maintenues dans une stricte dépendance, et qui peuvent être fort différentes les unes des autres (1), sans liaison entre elles : d'où le côté anarchique de leur libération.

Ainsi se trouveraient libres de jouer à leur guise :

*a)* Certaines activités plus purement psychologiques telles que : la rumination mentale, mais désordonnée, vagabondant hors des barrières normales (hyperendophasie de Claude) ; certaines manières immédiates, non rationnelles, de penser : émergence brusque à la conscience de certaines données intuitives, de jugements tout faits (peut-être traduction de pulsions inconscientes) ; interprétations fausses, mais non moins immédiates de tel ou tel geste, de telle ou telle attitude surprise au vol. Suivant que la perte de critique simultanément éprouvée par le malade (phénomène négatif) est plus ou moins grande, celui-ci accepte ces données sans les discuter un instant ; ou bien il éprouvera l'obscur notion de leur anomalie, de leur discordance d'avec sa personnalité, qu'il traduira comme le sentiment d'une emprise extérieure (xénopathie).

*b)* Certaines activités plus directement psycho-sensorielles ; précisément, ce « tonus de repos des zones sensorielles » de Guiraud. L'éréthisme auditivo-verbal qui en résulte s'unit aux représentations, aux thèmes de la rumination mentale, pour leur donner leur qualité sensorielle, leur « esthésie », pour en faire des hallucinations.

Quant à savoir pourquoi, parmi les zones sensorielles, c'est la zone auditive qui se trouve libérée plutôt que la zone visuelle ou que toute autre zone sensorielle, nous croyons que c'est à

(1) Le « trac » d'un concours ne peut-il pas libérer deux fonctions nerveuses aussi dissemblables que certaines activités psychomotrices à peine involontaires (le « filage » injustifié) et que la polyurie ?

cause des relations (soulignées plus haut) de la fonction auditive avec la fonction du langage ; celle-ci est incontestablement plus récente d'acquisition que la simple vision ou que l'odorat. Elle doit à cette circonstance une fragilité beaucoup plus grande, qui la fait libérer par les processus pathologiques bien avant les fonctions sensorielles simples (1).

c) Suivant que la libération portera sur des fonctions purement psychologiques ou sur des fonctions plus directement sensorielles, on aura toutes les variétés de phénomènes d'action extérieure, du simple sentiment d'emprise jusqu'à l'hallucination la plus sensorielle, en passant par la pseudo-hallucination et l'hallucination psychique — phénomènes dont MM. Claude, Baruk et Ceillier ont, entre autres, souligné les différences lors de la dernière discussion à la Société médico-psychologique.

2) Un cas doit être mis à part — il est d'ailleurs assez rare — celui où il existe une atteinte de l'appareil périphérique de l'audition. Deux mécanismes pathologiques différents collaborent alors pour produire l'activité hallucinatoire : la lésion périphérique excitant, de façon permanente, la zone auditive, donne son esthésie au phénomène. L'inhibition du psychisme supérieur réalise la chute de niveau qui seule peut expliquer, et la libération de la pensée intérieure, et la conviction du malade. Il va de soi que, dans ce second cas, cette inhibition du psychisme supérieur n'a pas besoin d'être aussi profonde que dans le premier, où c'est elle qui doit provoquer aussi la libération sensorielle. La même dualité de mécanisme intervient, pensons-nous, lorsque l'élément périphérique est du type labyrinthomoteur, qu'a mis en lumière M. Mourgue.

3) Mais d'où vient cette inhibition du psychisme supérieur ?

Ici, une comparaison avec un fait tantôt physiologique, tantôt pathologique, le sommeil, nous paraît particulièrement suggestive : le sommeil peut relever de deux mécanismes, l'un normal, l'inhibition interne du cortex à point de départ diencéphalique, et l'autre anormal, l'imprégnation toxique directe de ce même cortex. De même, l'inhibition du psychisme supérieur peut relever, pensons-nous, de deux mécanismes (2) :

(1) On pourrait voir dans cette double libération, l'association d'une dissolution uniforme (libération des activités plus purement psychiques) et d'une dissolution locale (libération de l'activité auditivo-verbale). Nous croyons précisément qu'il faut cette association pour qu'il y ait hallucination vraie.

(2) Cette dualité rencontre peut-être la distinction établie par Jackson entre les troubles nerveux dus à une action pathologique brutale et massive, et ceux dus à une action plus minime mais prolongée.

A) Une imprégnation toxinique directe et diffuse du cortex (par exemple par des toxines d'origine digestive chez M. T... ou d'origine parasitaire chez M. F...). Imprégnation toxinique diffuse, insuffisante (au moins tant qu'elle ne dure pas trop longtemps), pour provoquer des lésions cellulaires définitives, donc histologiquement vérifiables *post-mortem* ; mais suffisante pour provoquer des désordres purement dynamiques, fonctionnels, réversibles en cas de guérison, en tout cas histologiquement inapparents avec les méthodes usuelles (sinon avec certaines méthodes de coloration vitale).

B) Une inhibition à distance, ayant des points de départ dans les centres diencephaliques de la vie végétative. On sait comment les travaux de Mourgue ont souligné l'importance des désordres végétatifs chez les délirants. Nous avons relevé plus haut ceux que présentaient et nos basedowiens et M. T... Et nous ne devons pas oublier que c'est au diencephale que la vie végétative s'articule avec la vie de relation ; que, suivant l'expression de Mourgue, la sphère des instincts pénètre la sphère de la causalité.

Comparons maintenant ce mécanisme à celui de l'hallucination pédonculaire : dans ce dernier cas, du fait du caractère anatomiquement limité (et localisé plus bas) du processus de désintégration, ce qui est suspendu, c'est une fonction beaucoup plus définie (1) : la régulation vigilo-hypnique. Il y a bien libération de la partie active de la fonction hypnique (le rêve), qui se trouve ainsi partiellement dissocié de la partie passive (le sommeil). Mais il n'y a pas atteinte déficitaire du psychisme supérieur. Aussi le malade, encore capable d'appliquer à ces phénomènes sa libre critique, en reconnaît-il le plus souvent le caractère franchement anormal « phantasmique ».

### III. Cet élément organique intervient-il seul dans l'étiologie ?

Est-ce à dire que nous n'envisagions, dans la genèse de ces phénomènes, aucune part possible aux facteurs étiologiques psycho-sociaux ? Nullement (2). Nous les avons d'ailleurs sou-

(1) M. Ey a souligné cette différence entre l'hallucinosc, « dissolution locale aux limites précisément de la neurologie et de la psychiatrie » et l'hallucination vraie, phénomène de dissolution globale, uniforme.

(2) Nous n'avons en vue ici que les conditions étiologiques initiales. Nul ne nie le mécanisme psychogénétique dans le déroulement ultérieur de la psychose, dans la construction du délire comme dans son enrichissement.

lignés dans nos observations. Le malade I, le malade IV, n'étaient-ils pas des « socialement faibles », ne vivaient-ils pas au milieu de conflits sociaux et affectifs ?

Mais nous croyons que ces facteurs psychologiques ne peuvent pas être envisagés séparément de l'élément organique : pas plus que nous ne concevions la possibilité, pour une lésion cérébrale, de créer, *à elle seule*, un parasite psychologique (qu'un trou dans de la matière puisse produire de la pensée !), nous ne concevons celle, pour un facteur psychologique ou social, de créer, *à lui seul*, un phénomène aussi chargé de sensorialité que l'hallucination auditive.

Ce que nous croyons, par contre, c'est que ces facteurs psycho-sociaux peuvent provoquer, par eux-mêmes, la chute de niveau psychologique que nous avons vue indispensable à la croyance hallucinatoire :

1) Reportons-nous au normal : tout émotif sait combien, au cours d'un examen, le trac peut provoquer de sottises : mémoire, jugement, sont alors inhibés (symptômes négatifs, de déficit), au lieu que certaines fonctions nerveuses très disparates subissent une libération manifeste : depuis la polyurie du concours, jusqu'à la fuite (au filage) du candidat, qui se lève et se sauve en un véritable automatisme moteur, alors qu'il connaît sa question.

Si le trac d'un examen peut réaliser, pour un court instant seulement, la suspension des activités psychiques supérieures (inhibition externe), des traumatismes psycho-sociaux, plus profonds, plus intenses, plus longs et répétés, survenant chez un sujet aux réactions affectives trop vives, ne peuvent-ils pas réaliser cette même suspension, mais pour longtemps, de manière durable ?

Parmi ces traumatismes, ne peuvent-ils pas mieux encore parvenir au même résultat ceux qui sont chargés d'une charge affective considérable parce que tenant au plus profond de la personnalité du sujet (Guiraud, catathymie de Mayer), ou parce que symbolisant des tendances instinctives refoulées (Claude et les psychanalystes) (1) ?

Ne peut-on envisager que par sa seule durée, le trouble, au début purement psychologique, d'une fonction, puisse frapper à la longue l'appareil cellulaire qui supporte celle-ci, pour peu

(1) Tout comme pour nos basedowiens et pour M. T... ce serait ainsi dans les centres végétatifs du diencéphale (véritable articulation entre la sphère des instincts et celle de la causalité, dirait Mourgue), qu'il faudrait rechercher le point de départ de l'inhibition corticale.



que cet appareil présente une fragilité individuelle, et, qu'en retour, cette lésion organique entretienne la permanence du trouble ? A cette suspension des activités psychiques supérieures ainsi pérennisées, que faudra-t-il ajouter pour sensorialiser le trouble, pour lui donner son esthésie : ou bien l'association de minimes atteintes périphériques, ou bien la libération simultanée de l'activité sensorielle auditivo-verbale, suivant le mécanisme que nous signalions plus haut (1).

2) D'autre part, l'émotion brutale, instantanée (émotion « choc ») peut, c'est un fait connu de longtemps, provoquer le déclenchement de troubles mentaux graves. Rappelons-nous que l'émotion agit, physiologiquement, comme un choc : rappelons-nous, d'autre part, les expériences de M. Tincl : chez le cobaye intoxiqué par la catatonine urinaire humaine, mais sans dommage grâce à l'injection simultanée de sérum humain (empêchant), le choc peptonique rompt l'équilibre toxine-antitoxine et la catatonie apparaît. Nous comprendrons alors comment, chez un sujet toxiquement imprégné, mais se défendant bien, l'émotion-choc peut faire éclore le syndrome pathologique, parce qu'elle a brutalement inhibé la défense. Nous avons publié, de cela, un exemple frappant (*Annales méd.-psych.*, juin 1934). Parmi nos observations d'aujourd'hui, soulignons que les traumatismes psychologiques peuvent avoir joué précisément ce rôle chez les malades I et IV.

On le voit, quelque importants que soient les éléments organiques dans l'étiologie de nos malades, celle-ci compte d'indiscutables éléments psychologiques. Et pas seulement pour la construction secondaire du délire ou pour son enrichissement : pour la genèse même des premiers accidents. Nous tenions, en terminant, à souligner cette intrication psycho-somatique, retrouvée dans l'étiologie comme dans la pathogénie ou le groupement symptomatique de la maladie... intrication trop souvent méconnue par ceux qui, aussi bien psychogénétistes qu'organicistes exclusifs, ont trop subi Descartes et pas assez lu saint Thomas d'Aquin.

---

(1) Ainsi, même dans le cas d'étiologie principalement psycho-sociale, un élément organique primitif peut intervenir, résidant soit dans une anormale intensité des réactions affectivo-végétatives ; soit dans une fragilité individuelle de l'appareil cellulaire qui supporte les fonctions psychiques les plus élevées ; soit dans une fragilité de celui qui supporte les fonctions auditivo-verbales.

# UN CAS D'HALLUCINOSE AUDITIVO-VISIO-CÉNESTHÉSIQUE EN RELATION POSSIBLE AVEC UNE OTOPATHIE ANCIENNE

PAR

E. ESCAT et M. ESCAT (de Toulouse)

Revenant sur une question qui avait déjà attiré l'attention de l'un de nous à l'époque, hélas bien lointaine, de son internat à l'Asile Sainte-Anne et de son initiation simultanée en otologie auprès de E. Gellé et de Lubet-Barbon, nous avons pensé qu'il serait intéressant de soumettre à la critique psychiatrique une observation d'hallucinoze, relevée chez une otopathique en traitement depuis plus de 20 ans.

Toutes réserves faites sur son interprétation, l'observation que nous allons rapporter semble d'ailleurs plutôt justifier qu'infirmer les présomptions prudentes que nous avons émises jadis sur les rapports des lésions sensorielles périphériques avec l'activité hallucinatoire (1).

Il va sans dire que nous prêtons ici au terme *hallucinoze*, contrairement aux acceptions que jadis lui donnèrent successivement Wernicke et Dupré, celle que lui ont si judicieusement attribué dans ces dernières années le Professeur Claude et son élève Ey, à savoir qu'il convient de comprendre strictement sous ce vocable l'*hallucination consciente*, par opposition à l'*hallucination inconsciente* ou hallucination proprement dite.

Un rapprochement clinique, sinon un certain rapport patho-

(1) E. ESCAT. — *Technique O.R.L.* : Hall. de l'ouïe, p. 266 (3<sup>e</sup> édition, 1921, Maloine, édit., Paris).

génique, ayant été précisément reconnu par Claude et Ey (1) entre l'hallucinoïse et les affections sensorielles périphériques, notre observation devrait en principe porter un appui à leur doctrine. En sera-t-il ainsi ? Nous n'oserions l'affirmer ; mais, de toutes façons, le fait mérite d'être relaté et d'être soumis à l'analyse clinique.

Voici l'histoire de notre malade :

Mme X., actuellement âgée de 58 ans, originaire d'une petite ville de l'Aveyron, demanda pour la première fois une consultation à l'un de nous, en 1916, pour des troubles auditifs d'apparence banale : bourdonnements intenses et hypoacousie mixte tympano-labyrinthique bilatérale plus prononcée à gauche, attribuables à un catarrhe tubo-tympanique rhinogénique, remontant à plus de 25 ans et compliqué d'un certain degré de labyrintho-sclérose. Les deux membranes tympaniques sont opaques, scléreuses et rétractées, sans séquelles cicatricielles révélatrices d'une otorrhée de l'enfance. Pas de paracousie de Willis ; pas de vertige labyrinthique. L'examen acoumétrique pratiqué à cette époque ne présentant plus grand intérêt, nous nous bornerons à relater celui que nous avons relevé en 1936, lequel, d'ailleurs, n'a guère subi de variations jusqu'à ces derniers jours, soit : épreuve de Rinne manifestement négative des deux côtés sur le diapason 64 VD, de Weber, latéralisée vers l'oreille la plus déficiente ; de Schwabach, sensiblement raccourcie. Montre acoumétrique non perçue par voie osseuse sur aucun point du crâne, ni par voie aérienne du côté gauche, perçue seulement au contact du pavillon du côté droit. Limite inférieure des sons repérée à 48 VD à droite et à 128 VD à gauche, côté le plus déficient. Limite supérieure très peu abaissée. Summum d'audibilité mesuré sur Ut<sup>6</sup> (2048 VD) = 30" à droite et 20" à gauche, pour une normale de 60", ce qui indique bien une déficience nette de l'appareil de perception. L'épreuve des pressions centrifuges est favorable à l'intégrité des mouvements de l'étrier.

La distinction de la voix chuchotée, très défaillante à gauche, est encore sensible à droite à 0,50 cent. La voix de conversation est bien conservée à trois mètres environ de l'OD et à un mètre de l'OG ; à l'heure actuelle, d'ailleurs, à voix de conversation peu élevée, le dialogue est extrêmement aisé.

La douche d'air, pratiquée à titre d'épreuve en 1917, n'ayant apporté aucune modification à la formule acoumétrique, et le cathétérisme étant peu applicable en raison de l'hyperesthésie excessive de la pituitaire et de l'intolérance de la patiente aux anesthésiques, le traitement se borna à des prescriptions anodines, qui, bien entendu,

(1) H. CLAUDE et H. EY. — Hallucinoïse et Hallucination. Les théories neurologiques des phénomènes psycho-sensoriels (*L'Encéphale*, tome XXVII, n° 7, juillet-août 1932).

n'eurent aucun effet favorable ni sur l'hypoacousie, ni sur les acouphènes.

Or, la malade fut perdue de vue jusqu'en avril 1935, soit pendant plus de 8 ans, mais depuis cette époque nous l'avons revue plusieurs fois par an.

En 1925, elle revint nous consulter au sujet de ses oreilles, moins pour l'hypoacousie qui n'avait pas sensiblement progressé depuis 8 ans, que pour des phénomènes douloureux liés à des folliculites furonculieuses à répétition des conduits auditifs, folliculites assez discrètes, mais qu'amplifiait une hyperesthésie excessive, hyperesthésie plutôt générale que limitée à l'oreille externe.

En même temps, la malade accusait non seulement une exaltation de ses acouphènes classiques (bruits de moulin, de cascade, de moteur, de grillon, de cigale, de castagnettes, de tintement de cristal et de faïence, de grincements, de klaxon, de coassements de crapaud, de coquillages rongés par des rats, de sifflements violents, etc...), mais encore des acouphènes intolérables, tels qu'un indéfinissable vacarme, le fracas de l'orage, du plus violent ouragan, de la tempête ou de la chute de la foudre, des détonations formidables qu'elle pensait devoir rapporter à des explosions lointaines par éruption volcanique, par séisme, par cataclysmes divers qu'une hyperesthésie malade de ses oreilles lui rendait perceptibles et contre lesquels elle demandait remède !

Interrogée maintes fois sur ses hallucinations auditives, elle a toujours affirmé n'avoir jamais entendu de voix humaines, ni, bien entendu, de paroles injurieuses ou désobligeantes ; toutefois, elle nous a avoué avoir cru entendre une fois le mot « maman » d'une voix qui paraissait être celle de son fils mort à 11 ans, et une autre fois son prénom, d'un timbre rappelant la voix de sa mère décédée depuis bien des années ; mais elle n'a jamais attaché d'objectivité à ces appels qu'elle a toujours considérés comme fonction de son déséquilibre auditif et dont elle voit la seule cause dans son otopathie.

Les hallucinations auditives dont elle incriminait la sensibilité pathologique de ses oreilles, malades depuis l'âge de 17 ans, et dont les premiers acouphènes avaient pour origine, d'après ses dires, une narcose chloroformique, faite à cette époque à l'occasion d'un arrachement chirurgical du nerf sus-orbitaire, pratiqué, sans succès d'ailleurs, contre une névralgie frontale s'accompagnant d'autre part, par irradiations, de symptômes somatiques et kinesthésiques, non moins hallucinatoires, extrêmement pénibles, tels que sensation de commotion violente dans la tête et dans tout le corps, de précipitation, de projection en l'air, de tournoiement, de choc interne, de broiement des viscères et des os, de vertige paraschématique, d'angoisse et de malaise indéfinissable.

Mais les hallucinations auditives, séisesthésiques, sismesthésiques et kinesthésiques, contre lesquelles la malade demandait remède, ne sont point les seules en cause, le domaine visuel étant aussi affecté chez elle que le domaine auditif.

Très spontanément, en effet, la malade nous a décrit complaisamment ses hallucinations visuelles, dont le caractère fantasmagorique ne le cède en rien à celui des hallucinations auditives.

Comme les hallucinations auditives, elles se manifestent à toute heure du jour, et les accompagnent, se combinant à elles ; toutefois, elles sont le plus souvent hypnagogiques et troublent presque constamment ses nuits, la condamnant à une atroce insomnie.

(Disons une fois pour toutes, à cette occasion, que cette malade, d'une incontestable sobriété et ne buvant que de l'eau, ne peut être soupçonnée d'éthylisme ni de toute autre toxicomanie).

« Dès que je suis couchée, dit-elle, et elle y revient dans presque toutes les lettres interminables dont elle nous gratifie, je n'arrête de rêver et de voir tout ce que je rêve, et tout ce que je rêve se réalise ; d'affreux cauchemars me torturent, je ne vois que des horreurs. C'est une tête d'homme avec des yeux de fauve que je revois très souvent, c'est une face monstrueuse, hideuse, ricanant, grimaçante, un couteau entre les dents ; parfois, je sens qu'on m'arrache les yeux, mes doigts sont tordus, mes ongles sont arrachés et sanglants. Un chien enragé me mord le tympan, au milieu des éclairs ou d'un feu d'artifice effrayant. Je subis une affreuse torture ; je pousse des cris effrayants, je sursaute et je me lève. Tout cela me paraît réel, mais je sens que je rêve éveillée et levée ; tout cela est évidemment maladif. »

Il lui est arrivé de voir dans la nuit un homme entrer dans sa chambre, cette hallucination s'est répétée souvent, l'inconnu a parfois un bistouri entre les dents. Maintes fois, elle a revu sa mère morte ou son fils sur son lit de mort.

Ces hallucinations visuelles terrifiantes se reproduisent plusieurs nuits de suite, créant une insomnie accablante, et quand le sommeil arrive il est très profond et presque comateux (au dire de son entourage).

La malade, accusant dans son champ visuel quelques mouches volantes, et voulant savoir si, comme pour les hallucinations auditives, quelque lésion ophtalmique pourrait jouer le rôle d'épine provocatrice vis-à-vis des hallucinations visuelles, nous lui conseillâmes de consulter un oculiste. Or, Pechdo, de Villefranche, consulté, ne releva d'autre trouble qu'un certain degré de presbytie.

Nous n'avons relevé, d'autre part, aucun symptôme hallucinatoire du côté de l'odorat et du goût, mais, en revanche, une *hyperesthésie tactile manifeste de la muqueuse pituitaire et de la muqueuse linguale*.

Aux hallucinations auditives et visuelles qui se superposent fréquemment chez notre malade, hallucinations dont la non-objectivité et l'irréalité s'imposent à sa conscience, s'associent et s'intriquent encore de façon manifeste des *hallucinations de l'esthésie générale, de la cénesthésie, de la kinesthésie et de la stérognosie*.

a) Aux premières se rattachent d'abord des crises d'*hyperesthésie* somatique générale qui se traduisent par des douleurs très vives, lan-



cinantes, pongitives, fulgurantes même, autant dans le domaine trigemellaire que dans le domaine rachidien, et cela à la moindre provocation, arrachant à la malade des cris et même des hurlements (témoignage du mari) à l'occasion des hallucinations auditives et visuelles terrifiantes qu'elle subit si fréquemment (visions et sensations d'arrachements de membres, d'yeux, de dents et d'ongles, torsions de membres, transfixions par des aiguilles et des épingles), ce dont n'est accusé, bien entendu, aucun persécuteur.

b) D'hallucinations *cénesthésiques* relève toute une série de sensations profondes spasmo-vasculaires, thermoesthésiques et splanchniques, représentées par des crises d'anxiété prolongée et répétées, de pâleur, de lypothymie, de sueurs froides, de cryesthésie. Il n'est pas une de ses lettres (40 environ retenues), qui n'insiste sur les *crises d'algidité* qui l'obligent à se couvrir de façon excessive, même en temps de canicule. A signaler encore des crises répétées de *pseudo-appendicite*, qui, grâce à la circonspection et à la sagesse d'un chirurgien, échappèrent par deux fois aux honneurs de la laparotomie, autant de symptômes de déséquilibre sympathique reconnus d'ailleurs maintes fois par les confrères neurologistes qu'elle consulta.

c) D'hallucinations *kinesthésiques et stéréognostiques* relèvent enfin assurément certaines crises de vertige non vestibulaire et plutôt hyperschématique et parascématique, caractérisées par des sensations de choc, de bondissement, de soubresaut, de translation, de précipitation, de projection en l'air, si souvent signalées par la malade dans la description de ses hallucinations complexes.

Tel est le groupement symptomatique réalisé par ce cas d'hallucination auditivo-visuelle et générale, développée sur un fond manifeste d'*hyperesthésie* et d'*hyperémotivité*.

Aussi, pour expliquer ce complexe symptomatique, s'il était permis d'assigner une localisation encéphalique à quelque centre hypothétique d'activité hallucinatoire, ne semble-t-il pas qu'on pourrait songer au *thalamus*, *centre d'automatisme émotionnel*, *centre sensitif et stéréognostique*, *relais en outre de toutes les voies sensorielles*, par suite, centre physiologique complexe dont toutes les fonctions seraient exaltées et perverties par un éréthisme plus ou moins contingent, ce qui est bien le fait de notre malade (1).

(1) Cette suggestion nous ramène à la vieille théorie, jugée jadis fantaisiste par nos maîtres, de Jules Luys, qui localisait l'activité hallucinatoire dans les couches optiques, alors que Tamburini l'attribuait aux centres corticaux, mais la conscience d'irréalité qui spécifie l'hallucination de l'hallucinoze, ne justifierait-elle pas au moins pour cette dernière espèce, l'hypothèse de Luys, d'autant que certains cas d'hallucinoze auraient été reconnus symptomatiques de lésions des pédoncules cérébraux, lésions dont on conçoit aisément l'influence sur la région bien voisine du thalamus.

Ce qui caractérise le cas et nous autorise bien à le classer dans l'hallucinose, c'est la conviction ferme chez notre malade de l'irréalité de tous les phantasmes qui passent sous ses yeux et de la non-objectivité des formidables phénomènes sonores qui torturent ses oreilles, toutefois elle rend responsable de ceux-ci, ainsi que des explosions, des chocs et des commotions fantastiques qu'elle ressent, tout son système sensitivo-sensoriel et surtout ses oreilles qu'elle estime atteintes d'une maladie, d'une névrose, qui a exalté leur pouvoir de transmission et de perception, au point de faire, semble-t-il, de son appareil auditif un quasi-détecteur comparable à un détecteur magnétique transmettant les ondes hertziennes, d'où l'interprétation que les commotions et chocs vibratoires violents qu'elle ressent doivent résulter de la transmission des séismes, des éruptions volcaniques et des divers cataclysmes qui se passent quotidiennement dans le monde entier, au Japon, en Californie, à la Nouvelle-Zélande, etc... Si interprétation délirante il y a, ce serait la seule relevée chez cette malade, qui est d'une lucidité parfaite et ne présente, d'autre part, le moindre signe démentiel.

C'est pourquoi depuis des années elle demande en vain aux otologues de la guérir de cette maudite maladie dont elle fait l'origine de ses plus pénibles *hallucinations*, terme qu'elle n'a jamais hésité à utiliser dans les descriptions orales ou écrites de ses misères, avant d'employer celui plus flatteur d'*hallucinose* qu'elle a adopté avec une certaine satisfaction d'amour-propre depuis que nous le lui avons fait connaître au cours de nos nombreux interrogatoires.

Mais, avant d'aller plus loin dans l'analyse clinique de ce cas et de discuter le rôle possible de l'otopathie dans la pathogénie de l'hallucinose, reprenons à son origine l'histoire même de la malade et rappelons quelques commémoratifs non négligeables.

Elle avait deux mois seulement quand son père mourut, or, ce dernier, à l'époque de sa conception, victime d'un traumatisme grave de la région temporale gauche, survenu trois ans auparavant, et qui se compliqua tardivement de désordres encéphaliques mortels, vivait depuis l'accident d'une existence précaire, « *en véritable loque physique et mentale* ». Son enfance et sa jeunesse furent très malades, et, dès le plus bas-âge, elle manifesta un nervosisme et une émotivité excessives. A 16 ans, pour la guérir d'une névralgie frontale, un chirurgien lui arracha le nerf sus-orbitaire sous chloroforme; fortement éprouvée par le narcotique, elle ne cessa depuis ce jour d'accuser des bourdonnements qui persistèrent de longues années. Mariée peu d'années après, elle devint de plus en plus émotive et

névrosée. Elle eut un fils qui mourut à 11 ans de méningite foudroyante (en 48 heures). Accablée par le chagrin, elle mena une existence lamentable, dans les pleurs et dans l'insomnie.

Dès lors, ses troubles auditifs, bourdonnements et hypoacousie, favorisés par un état éréthique et congestif chronique de la pituitaire, allèrent en progressant, toutefois sans se compliquer de vertige auriculaire.

Elle fut successivement traitée, depuis cette époque, pour des affections banales diverses par de multiples praticiens qui tous s'accordèrent à reconnaître en elle un grand fond de nervosisme, avec tendance marquée aux réactions névralgiques et une sensibilité excessive aux médicaments, la dose la plus modérée du plus anodin donnant lieu à des symptômes d'intolérance.

Voilà le fond névrosique sur lequel a germé et évolué l'*hallucino*se.

Or : 1° *Quelle part faire dans sa pathogénie aux altérations sensitivo-sensorielles périphériques ?*

2° *Quelle part faire au terrain cérébro-spinal ?*

Cette dernière nous paraît incontestablement devoir être la plus large, d'autant qu'elle peut s'appliquer globalement et à un titre égal, aux hallucinations auditives, visuelles, esthésiques, cénesthésiques, kinesthésiques et stéréognosiques.

La part pathogénique des altérations sensitivo-sensorielles périphériques nous paraît en revanche bien plus réduite :

a) Celle qui ressortit au domaine cénesthopathique est certes bien difficile à préciser et à limiter cliniquement, mais nous la croyons justifiée, au moins en partie ;

b) Celle qui ressortit au vaste champ panesthésique non moins difficile à préciser, exception faite de lésions périphériques tégumentaires ou de lésions accessibles à l'exploration, non constatées dans notre cas, ne peut entrer en ligne de compte ;

c) Celle qui ressortit aux lésions ou troubles ophtalmiques, reconnus insignifiants par l'oculiste, est par suite nulle ;

d) Seule enfin celle qui ressortit aux troubles tubo-tympaniques et labyrinthiques relevant de l'otite adhésive bilatérale semble, au moins en apparence, non négligeable chez notre malade, mais cette part en vérité nous paraît se borner tout au plus à un rôle d'*épine irritative* ou de *simple amorce* susceptible de déclancher l'hallucination de l'ouïe.

Serait-il raisonnable, en effet, d'attribuer une fonction pathogénique d'un ordre supérieur à celle que nous proposons, à une otopathie aussi courante et aussi banale que l'*otite adhésive*,

affection qui court les rues, et dont les cerveaux déséquilibrés ne sont ni plus ni moins exempts que le commun des mortels.

En résumé, le cas que nous venons de rapporter nous paraît plus intéressant par le caractère nettement conscient des hallucinations, qui autorisent à le classer dans le cadre de l'*hallucinosé*, que par le rôle pathogénique et provocateur assez réduit, dévolu par les apparences à une otopathie propathique.

Que l'on soit attaché ou non à la doctrine de l'*automatisme mental*, que l'on soit partisan de l'*hallucination-sensation* ou de l'*hallucination-illusion*, débat auquel nous ne saurions nous mêler, et qu'il appartient aux seuls psychiatres de solutionner, il nous paraît indéniable que le foyer mystérieux de l'activité hallucinatoire, qu'il s'agisse d'hallucinations conscientes ou d'hallucinations inconscientes, ne peut être qu'encéphalique et caché bien en amont des départements périphériques de la vision, de l'audition et de tout le domaine sensitivo-sensoriel.

Aussi, devant les enseignements de la psychiatrie et de l'otologie, ainsi que l'un de nous l'affirmait il y a plus de trente ans (1), s'appuyant sur quelques recherches faites en 1893 au cours de son internat à l'Asile Sainte-Anne, nous croyons-nous autorisés à considérer encore aujourd'hui, comme un rêve d'oculiste ou d'auriste, qu'il s'agisse d'hallucinations inconscientes ou d'hallucinations conscientes, toute théorie périphérique de l'activité hallucinatoire.

---

(1) E. ESCAT. — *Technique O.R.L.*, Hall. de l'ouïe, p. 266, 3<sup>e</sup> édition, 1921, Maloine, Paris.

# MANIE ET INSPIRATION MUSICALE

## *Le cas Hugo Wolf*

PAR

R. PAULY et H. HECAEN

Parmi les multiples problèmes d'ordre psychologique que soulève le fonctionnement mental, il n'en est peut-être pas de plus passionnant que celui du mécanisme de l'inspiration. Il n'en est certainement pas qui, de tout temps, ait provoqué avec autant d'intensité l'étonnement admiratif des foules et, avec autant de constance, la recherche critique des savants et des philosophes.

Cependant, depuis les polémiques véhémentes qui ont succédé à la publication d'une théorie sacrilège du génie, une certaine indifférence semble actuellement affecter cette question. Il y a des trêves qu'il faut savoir respecter ; et il serait probablement inopportun de reprendre le sujet si rebattu de l'inspiration poétique et littéraire. Mais le thème de l'inspiration musicale nous a paru moins étudié et sans prétendre l'envisager dans toute sa profondeur, nous avons tenté d'en préciser un simple aspect par le détour de la psychologie pathologique, à la faveur d'une observation clinique exceptionnelle et d'un rappel biographique succinct du compositeur psychopathe Hugo Wolf.

Le rapprochement de la manie et de la création musicale ne peut surprendre aucun médecin. Que la manie s'accompagne de joie et de chants et de danses, il suffit, pour le savoir, d'avoir visité le quartier des agités dans les Hôpitaux psychiatriques. Toutefois, le malade atteint d'un accès psychopathique franc est bien peu novateur ; il chante au gré de ses souvenirs, variant les citations suivant son humeur du moment, et sa part personnelle se limite à une fabrication de pots-pourris dont la croissante complexité tend vers l'incohérence. Le processus morbide est ici trop intense pour permettre une juste appréciation des rapports qui le relie à l'inspiration. Il faut recourir à des états moins



graves, des états dans lesquels l'accélération mentale se débarrasse en partie de l'agitation motrice, s'épure en quelque sorte. Dans ces conditions, l'excitation psychique est, dans certains cas exceptionnels, à ce point associée à une véritable inspiration musicale que nous nous croyons autorisés à soutenir entre ces deux manifestations un rapport de causalité.

Moreau de Tours avait déjà tracé le portrait d'une maniaque qui, au cours de ses accès, « se mettait au piano et exécutait avec un entrain incroyable divers morceaux dont elle improvisait tout à la fois l'air et les paroles ». C'est là une véritable fureur poétique et musicale dont l'impulsivité empêche l'utilisation ultérieure en vue d'une œuvre achevée. Ce cas constitue pourtant une transition entre les accès maniaques aigus dont l'incohérence mentale frappe de stérilité les musiciens les mieux doués et la très instructive observation suivante recueillie à la Clinique des maladies nerveuses et mentales de Bordeaux dans laquelle l'excitation psychomotrice associée à un délire passionnel commandait réellement une création musicale chez un sujet doué.

Camille F..., âgé de 18 ans, étudiant, a été placé le 18 septembre 1933 au pavillon d'observation psychiatrique de l'Hôpital St-André de Bordeaux, sur certificat médical mentionnant l'existence de « troubles mentaux de nature à compromettre l'ordre public et la sûreté des personnes ». Le certificat portait les détails suivants : « Jeune homme trouvé errant et en proie à du délire. Il s'est évadé d'un centre de rééducation médicale pédagogique. »

Par l'interrogatoire direct du malade, et grâce à quelques renseignements complémentaires fournis par la mère, l'histoire de sa vie a pu être reconstituée. En voici les faits essentiels :

Né à M..., dans les Basses-Pyrénées, en 1916, Camille F... reçut pendant sa première enfance et jusqu'à l'âge de 5 ans les soins exclusifs de sa grand'mère ; son père, officier du génie, avait été après la guerre affecté dans les colonies et sa mère l'y avait accompagné. De 6 à 9 ans, il réside cependant avec ses parents en Rhénanie. Durant cette période de sa vie, il se montre normal à tous égards. Normal est son développement physique ; sa santé n'est interrompue que très passagèrement par des maladies infectieuses banales, courtes et sans complications ; il ne porte aucune tare d'hérédospécificité. Normal est encore son développement intellectuel ; il apprend à lire et à écrire à l'âge habituel ; il fait ses premières études en Rhénanie, puis, au hasard des déplacements de ses parents, il est mis dans un lycée de l'Hérault ; il y restera jusqu'en 1932. C'est un élève moyen et il subit avec succès les épreuves de la première partie du baccalauréat latin-sciences, en 1932.

C'est durant ces années de collège qu'il commence à étudier la musique : il acquiert des notions de solfège, mais ne suit aucun cours de composition musicale ; il apprend à jouer du piano dont il restera toujours un médiocre exécutant. Ce n'est pas qu'il n'ait point de goût : tout au contraire, dès l'âge de 14 ou 15 ans, il est un passionné de musique ; ses préférences se portent sur la musique moderne, et particulièrement les musiques de danse : fox-trot, paso-doble, rumba, resteront ses motifs électifs. A cet âge, il s'essaie même à composer, mais si l'inspiration mélodique est courte, l'inspiration littéraire est encore plus brève. Il l'explique en disant : « Quand on n'aime pas, on ne peut pas faire de chanson d'amour réussie. » « Pour la musique, affirme-t-il, je n'étais pas encore fait. »

Toutes ces études sont d'ailleurs brutalement arrêtées au début de l'année 1933 par l'apparition de troubles mentaux qui persisteront jusqu'à ce jour avec de très courtes rémissions ; au cours de l'une d'elles, vers la fin de l'année 1933, les parents tenteront de faire reprendre au malade ses études dans la classe de philosophie, mais c'est un échec au bout d'un mois.

Sur la période d'invasion de l'affection mentale, on possède peu de détails : « Je ne me rappelle plus, dit le malade, c'est complexe la maladie ! » Des symptômes organiques semblent toutefois avoir pré-ludé : céphalée, peut-être raideur de la nuque (?) accompagnant des troubles mentaux encore légers. On parle de réaction méningée, on hospitalise le jeune homme dans une maison de santé, on pratique une ponction lombaire, mais aucune thérapeutique active n'est ensuite instituée. En réalité, les troubles du caractère et de l'humeur ont été rapidement prédominants. Camille F... a « des histoires avec sa mère », et l'on en connaîtra bientôt le motif. Ses colères l'entraînent à des violences, et il va jusqu'à battre sa mère et sa sœur. Dès lors, les troubles mentaux s'aggravant, il est placé dans une maison de santé à M... C'est une période d'excitation psychomotrice du type hypomaniaque qui a nécessité ce placement. Elle va durer deux mois. A sa terminaison, elle est suivie d'une phase de dépression pendant laquelle a lieu l'essai de reprise des études (déjà mentionné), mais une nouvelle période d'excitation ayant réapparu, le malade est envoyé dans un Institut médical et pédagogique pour enfants nerveux et instables.

Ainsi, les troubles mentaux, pendant un an et demi, consistèrent essentiellement en une série de phases alternées d'excitation et de dépression psychique. Mais ce fond banal d'accès circulaire est coloré d'une façon toute particulière par un délire passionnel et par l'expression musicale qui en est la conséquence.

Le délire passionnel, malgré les oscillations que lui imposaient, comme nous le verrons plus loin, les variations de l'humeur est resté un thème permanent ; il s'exacerbe pendant les périodes d'hypomanie ; il consiste en un amour excessif dans ses manifestations et anormal dans son développement pour une cousine, de deux ans plus âgée que le malade, nommée Odette.

Cette Odette qui va devenir, pendant des mois, le motif de ses broderies imaginatives, le malade ne l'a aperçue que deux à trois fois, durant sa toute jeunesse. Un jour, tout à coup, au cours d'une période à tonus affectif élevé, il a compris qu'il était amoureux. Pourquoi, à l'âge de 15 ans, cette soudaine passion ? « Probablement parce qu'à ce moment-là, j'étais devenu un homme, affirme-t-il ; je ne sais d'ailleurs pas pourquoi je l'aime. Ce n'est pas moi qui l'ai voulu ; je l'aime pour tout. » Il ne peut en effet décrire cette jeune fille, il est incapable de fournir la moindre précision sur son physique, mais il en est sûr : elle a toutes les qualités physiques et morales et elle mérite cet amour ; elle a pourtant un défaut, c'est de ne pas l'aimer ! Cet amour est un amour à la fois chaste et charnel : le malade désire cette jeune fille, mais il la respecte, il veut l'avoir pour femme, il ne la souille pas en pensée. Il est même curieux de constater combien la figure de son « amante » conserve sa pureté au milieu des orgies mentales sexuelles qu'il évoquera plus tard et qui roulent plutôt en grande partie sur un thème d'homo-sexualité. Cet amour est encore un amour jaloux, c'est un amour douloureux. Ce qui rend à Camille la maison de santé si pénible, c'est d'être éloigné d'Odette, de ne pouvoir « travailler à la rendre amoureuse », et de savoir qu'il perd du temps, un temps qui ne pourra lui être rendu. Ses lettres expriment sans cesse son tourment et elles ne sont que des appels à la liberté : « Vous ne savez pas, écrit-il à sa mère, quel enfer je vis, dans l'incertitude du lendemain, et, à certains moments, tout près de sombrer dans le plus affreux désespoir sans compter les tourments physiques. » Et plus loin, s'accusant d'avoir battu sa mère, il écrit : « J'ai eu des torts envers vous comme vous avez eu les vôtres. Je le reconnais, j'ai conscience d'avoir été coupable envers vous et envers Dieu que j'ai blasphémé, par ma dureté et par mon injustice. C'est la douleur qui m'a rendu méchant, c'est l'agacement de mon désir fou que je traîne depuis dix mois, et l'angoisse de perdre Odette qui ne m'a jamais autant torturé. » Et encore : « C'est Odette seule que j'aime, c'est elle seule qui me grise et qui pourra enchanter ma vie. Sans elle, c'est le vide affreux pour moi. Je suis affolé à l'idée qu'elle puisse être à un autre, et vous n'avez aucune pitié de mon tourment ; ma douleur, vous la méprisez. Ce en quoi vous êtes coupable, car c'est me tuer, tout simplement. Je sens trop bien que si je perds tout espoir, je vais mourir.. Vous aurez beau demander qu'on prenne un soin spécial de moi, une embolie au cerveau m'aura vite tué. Et je mourrai sans avoir jamais connu les joies de cet amour, de ce rêve qui m'anime, et voilà à quoi vous me conduisez avec votre dureté. »

C'est encore au cours d'une période d'excitation psychomotrice que naît le magnifique projet de rendre Odette amoureuse par des compositions musicales. « J'ai fait de nouvelles réflexions et maintenant je suis un homme. Je suis tout à fait mûr pour cette campagne amoureuse. » « Je veux la rendre amoureuse, nous déclare-t-il, par des mélodies grisantes, et je les lui enverrai, car il y en a beaucoup où j'ai

mis mon désir. » Il est exact que de cette date commence la période de composition. « L'inspiration me vient à tout moment, dit-il, mais il ne me faut aucune préoccupation. Elle couve, puis un air me vient à la tête, je me rends compte si c'est un air qui m'est personnel ou si c'est une réminiscence. » Il ne crée cependant avec une certaine continuité que pendant les périodes d'excitation psychique. Il place sur les rythmes modernes, des textes de poésies amoureuses. Nous n'avons malheureusement pas pu nous procurer l'ensemble de ses mélodies qui se monteraient à plus d'une douzaine. On trouvera, par contre, l'une des dernières chansons, composée pendant son séjour au pavillon d'observation psychiatrique dont il nous a fait l'offrande. On comparera le texte intégral pris sous dictée au texte littéraire inscrit sous le texte musical ; le second est formé de vers sans suite, le malade ayant sauté des paragraphes.

JE TRAÎNE MON AMOUR

(Valse hésitation)

Paroles et musique de Camille F...

Depuis le premier jour  
Où je t'ai vue,  
Se glisse tout en moi,  
A mon insu,  
Ce sentiment troublant  
Qui éclata  
Un jour en moi.  
Pourquoi ?

*Refrain :*

Je traîne mon amour  
Depuis des nuits, des jours ;  
Je veux t'avoir à moi  
Et je suis loin de toi ;  
Je voudrais bien partir,  
Mais je ne puis m'enfuir ;  
Et je me sens souffrir,  
Esclave du désir.

Je voudrais bien quitter  
Cette prison  
Où je meurs de langueur  
De consommation,  
Pouvoir enfin te dire  
Ma passion,  
Dans un divin frisson.

(Au refrain).

Je crois atteindre le bonheur  
 Un jour...  
 Pourtant la vague peur  
 Que ton amour  
 Ne se donne à un autre, me poursuit,  
 Toujours elle me suit.

(Au refrain).

**JE TRAÎNE MON AMOUR** Paroles et Musique de CAMILLE F. [REDACTED]  
 VALSE - HÉSITATION

**REFRAIN**  
 Je traîne mon amour, — Depuis des nuits, des jours. — Je veux t'avoir à moi ! —  
 Il est au fond de moi — Ma jalousie d'amant, — Fièvre qui me surprend, —  
 Je t'aime follement, — Dans toi, est le néant ! —

**LA BELLE D'UN SOIR** Paroles et Musique de CAMILLE F. [REDACTED]  
 FOX - PASO DOBLE

**REFRAIN**  
 Je suis la belle, — Qu'un jour un soir seulement — Et ton m'appelle — La femme aux mille amants.  
 — Coquin enchanter, — C'est le baiser d'un nuit ! — Après, amant, je fuis — Je suis méchante ! —

**MON BEAU CHÉRI** Paroles et Musique de CAMILLE F. [REDACTED]  
 TANGO

**REFRAIN**  
 Mon beau chéri, c'est toi que j'aime follement, — Mon beau chéri, de moi, toujours n'est-ce l'a-  
 mant, — Car je ne pris, l'âme ne te sursaisais pas, — Que t'adorer, — Toujours grisée ! —

Presque toutes ces mélodies sont « parfaites » d'après le malade : « À 15 ans, je parlais de choses que je ne connaissais pas. Depuis dix mois, je peux faire des chansons passionnées et réalistes ». Au fond, il s'ajoute cependant une pointe d'orgueil et de revanche dans cette « campagne amoureuse », et on le devine bien lorsque le malade raconte, à plusieurs reprises et sans y être invité, qu'Odette avait autrefois raillé ses essais de composition musicale ; « c'est vrai, avoue-t-il, que je n'étais pas bon à ce moment-là ». Mais « la haine est près de l'amour et je crois pouvoir réussir à me faire admirer maintenant ». Il y entre aussi un sens pratique assez curieux ; ces



mélodies, le malade ne les compose pas seulement pour sa « belle », mais il veut en tirer parti, il veut les monnayer, s'enrichir par ce moyen et, devenu riche, pouvoir épouser sa cousine. « Quand ce n'était pas la fièvre d'amour, c'était la fièvre d'argent ; tout le temps j'étais dans des calculs. »

Cet état mental s'est maintenu pendant le séjour à la maison de santé de X..., et au pavillon d'observation psychiatrique de Bordeaux. Pour expliquer sa fugue de la maison de santé, le malade invoque comme motif le fait qu'il aurait été l'objet de propositions amORALES de la part du Directeur. Trouvé errant dans Bordeaux, il a été recueilli par la police et placé sur certificat médical au pavillon d'observation psychiatrique.

Pendant son hospitalisation à Saint-André qui a duré une quinzaine de jours, le malade s'est présenté constamment comme un excité psychomoteur. Chantant ses mélodies avec une voix enrouée, durant la majeure partie de la journée, il occupe le restant par un bavardage incessant, l'interpellation des personnes qui passent, des railleries, etc. A l'interrogatoire cependant, il se montre poli, réservé, différent d'un maniaque vrai ; certains symptômes tendent même à faire penser qu'un affaiblissement intellectuel encore léger est en voie d'évolution, et à faire envisager le diagnostic d'accès prémonitoire d'une démence précoce plutôt que celui d'un accès symptomatique d'une psychose maniaco-dépressive vraie.

Un jour, pendant douze heures environ, le malade passe par une phase d'excitation psycho-motrice intense, à formule érotique : penché sur le bord de son lit, regardant fixement le mur, gesticulant, il décrit en hurlant des scènes érotiques auxquelles il a l'air d'assister ; il crie les termes crus, obscènes ; il encourage ; il semble vivre une scène imaginaire comme un confus onirique. Mais le lendemain, tout est fini. Il fait des excuses, déclare qu'il a simulé la folie, et demande pardon à la Sœur.

Prévenue de la fugue et des événements qui l'avaient suivie, la mère vint chercher le malade et le fit transporter dans une nouvelle maison de santé à A... Le certificat de sortie a été rédigé par le Docteur L. dans les termes suivants :

« Troubles mentaux paraissant évoluer depuis quelques années, caractérisés par un appauvrissement progressif du courant de la pensée, avec diminution de l'activité utile et incapacité de poursuivre ses études, perturbations profondes de l'affectivité, perte et diminution des sentiments sociaux et familiaux et du souci de son propre avenir, préoccupations érotiques prédominantes avec roman amoureux imaginaire à l'égard d'une personne à laquelle il n'a jamais parlé, bizarreries de conduite, absurdité des projets ; a été arrêté à Bordeaux le 18 juillet, au cours d'une fugue consécutive à son évasion de maison de santé. »

La période d'excitation psychique touchait pourtant à sa fin et nous

avons appris qu'elle avait cédé la place à un état dépressif. Dès lors, parti de son cœur, l'amour ; finie, l'inspiration musicale ; abandonnée, la carrière de compositeur. La mère du malade nous a adressé la lettre suivante qui se passe de commentaires :

« La Supérieure m'écrit qu'il est devenu beaucoup plus calme, se montre docile et paraît s'habituer au régime de la Maison. Lui-même m'a écrit une lettre très convenable pour me demander pardon de toutes les souffrances qu'il m'a causées. Après avoir beau coup souffert et pleuré lui aussi, il se dit enfin content, car son cœur est redevenu libre.

« Voici, textuellement, les passages principaux de sa lettre : « Je n'aime plus Odette, et je ne la désire plus, et me voici aussi calme que j'avais été ardent. Quant à mon talent de compositeur, je serai le premier, si, ce qui est probable, je ne puis le commercialiser, à cause de la crise, à ne plus poursuivre cette voie que je comprends problématique, et je serai le premier à vouloir étudier pour un métier plus certain, car je me dis que cette crise n'est pas près de finir. Au revoir, ma chère Maman, je vous ai maudite quand je souffrais terriblement, mais je vous remercie maintenant ; car, perdant sans doute Odette et continuant peut-être à l'aimer, j'aurais souffert toute ma vie, tandis que, grâce à vous et à Dieu aussi, ce désir fou qui rongait mon cœur en est parti ; maintenant, je connais la joie de vivre. »

« Il s'agirait de savoir jusqu'à quel point il est sincère ?... J'ai été déçue tant de fois par ses promesses que j'attends avant de me réjouir... »

Prudence sage et trop nécessaire de la mère qui méconnaît la maladie de son fils ! Et l'on peut penser que, comme « tant de fois », la déception viendra de nouveau avec la prochaine période d'excitation psychique du malade, qui ramènera la folie d'amour et l'inspiration musicale qui lui est associée.

L'observation que l'on vient de lire, aussi démonstrative qu'elle paraisse, n'est pas unique et l'on trouverait dans les études si importantes parues sur les rapports entre la poésie et la folie, des exemples comparables dans le domaine littéraire. Aussi bien manquait-il à notre malade une parcelle de ce complexe que l'on nomme le génie et qui contient, avec la marque personnelle indéfinissable de l'individu, tant de travail. Il n'en est pas moins suggestif de voir apparaître dans ce cas, avec un parallélisme frappant, l'excitation psychique et l'inspiration musicale. Si ce parallélisme se retrouve avec la même netteté chez un compositeur dont le talent, sinon le génie, est universellement reconnu, il acquerra une valeur probante quasi-indiscutable. C'est précisé-

ment ce qui fait l'intérêt de l'histoire pathologique du compositeur Hugo Wolf.

Peu connu en France, Hugo Wolf (1) est fort apprécié en Allemagne et il n'est pas de famille qui ne possède de lui quelques romances. Auteur de Lied spécialisé, pourrait-on dire, il se place dans ce genre immédiatement au-dessous de Schumann et de Schubert et l'on pourrait écrire de lui ce qu'écrivait Camille Bellaigue de Mendelssohn : « Il s'en faut de très peu, d'un degré peut-être de chaleur et de force, d'élévation ou de profondeur, que... (ce musicien)... soit l'un des musiciens tout à fait grands ».

Hugo Wolf naquit le 13 mars 1860 à Windischgraz, en Styrie, non loin de Vienne, d'un père autrichien et d'une mère qui comptait des ascendants italiens. Dès son plus jeune âge, il fut orienté vers la musique ; son père qui avait le métier de corroyeur en était, en effet, un grand amateur et organisait, avec l'aide de ses huit enfants, des concerts familiaux où le jeune Hugo tint rapidement le deuxième violon.

À 6 ans, il commença à fréquenter l'école du lieu, mais ne s'y signala que par un esprit satirique qu'il devait toujours conserver. Il passa ensuite au Gymnase de Gratz, puis chez les Bénédictins au Séminaire de Saint-Paul. En 1873, il entra à l'Ecole supérieure de Marbourg où sa passion pour la musique s'affirma et où il décida d'embrasser la carrière de compositeur. Le père dut céder à cette vocation impérieuse et, en 1875, Hugo Wolf était admis au Conservatoire de Vienne.

Là, son caractère plus que son talent devait lui composer une personnalité. Distant et renfermé, il exerce son esprit mordant et ironique aussi bien contre ses camarades que contre son professeur, « le vieux Krenn ». Aussi, en 1877, son indiscipline entraîne son renvoi.

Une période difficile de sa vie allait succéder. Sa famille avait été ruinée par un incendie : lui-même, âgé de 17 ans, était sans ressources et sans travail. Nous n'avons que peu de renseignements sur la façon dont il réussit à vivre. On sait seulement qu'il acquiert du goût pour l'étude. Il parcourt les bibliothèques, il se passionne pour la lecture de Goethe, d'Henri de Kleist, de Hebbel. En musique, il complète sa culture, se pénètre des classiques et apprend la technique du lied dans les œuvres de Schumann et de Schubert ; il est un fervent de Beethoven ; il est aussi un des premiers à découvrir Berlioz et à proclamer son génie.

(1) Nous ne connaissons pas de travail français important sur la vie d'Hugo Wolf. Les éléments de la biographie, présentés ici, ont été tirés de l'ouvrage en quatre volumes de Decsey, paru à Leipzig en 1904, que M. le Directeur de la Bibliothèque de l'Université de Berlin, à qui nous adressons nos vifs remerciements, a bien voulu envoyer sur simple demande.

Son ardeur et son désintéressement lui attirent quelques amis, de la fréquentation desquels il va retirer un grand profit : Félix Mottl, Frank Schalk, Joseph Schalk, Anton Bruckner. C'est de cette époque que date sa rencontre avec Richard Wagner, dont il ressentit toujours l'influence et pour qui il bataillera avec tant de ferveur.

Ses amis, et surtout Mottl et Godschmidt, le compositeur, lui procurent quelques leçons qui l'exaspèrent, mais le font vivre ; ils réussissent même à le faire admettre en 1881 comme second Kappelmeister au théâtre de Salzbourg. Son travail consiste à faire répéter les opérettes de Strauss et de Millocker. Cette besogne lui occasionne un tel ennui que, excédé, il se démet bientôt de ses fonctions et revient à Vienne reprendre son indépendance, mais également sa vie de misère et de privation.

Dans la capitale, il recommence à lire les poètes, les partitions et s'essaye à composer comme il l'a fait depuis 1875 déjà : lieder ; symphonie, quatuor, le tout encore sans originalité, sans sa marque personnelle ; en 1883, il crée même un poème symphonique : *Penthesilée* sur un texte d'Henri de Kleist.

Cependant, malgré quelques ressources fournies par sa famille, les conditions matérielles de son existence deviennent, de jour en jour, plus précaires et Wolf songe à s'exiler. Sa décision est prise, ses préparatifs sont faits lorsque, au dernier moment, le départ est remis puis abandonné. Heureusement en 1884, il est encore tiré de la misère par ses amis qui lui procurent une nouvelle place, celle de critique musical dans le *Salonblatt*, journal essentiellement mondain où il n'est question que de sports et de potins de salons. Dans cette feuille où tout semblait en contradiction avec sa nature et ses opinions, Wolf qui prend cette fois sa tâche à cœur va défendre avec conviction les grands classiques, prôner Berlioz, Wagner et surtout lancer l'attaque contre Brahms et les « brahmines ». « Brahms, disait-il, est un musicien adroit, très habile au contre-point, auquel viennent toutes sortes d'idées, quelquefois bonnes, de temps à autre excellentes, occasionnellement mauvaises, ici et là déjà connues et souvent pas d'idées du tout. » Cette franchise excessive lui créa des rancunes terribles, dont quelques-unes ne devaient jamais désarmer. L'ère de la vengeance commença lorsqu'on joua sa *Penthesilée* : l'orchestre l'interpréta volontairement mal et son chef, en terminant, s'excusa auprès des auditeurs de l'avoir jouée en entier.

A l'âge où presque tous les grands musiciens ont déjà donné des œuvres qui feront leur gloire, Hugo Wolf n'avait encore rien composé de ce qui devait l'illustrer.

En 1887, c'est le choc émotif causé par la mort de son père (et peut-être la publication de ses premiers lieder grâce à un généreux appui) qui le révèle à lui-même et fait éclore enfin son génie.

Un de ses amis venait de lui prêter sa maison de campagne de Perchtoldsdorf ; c'est là, au sein de la tranquillité la plus complète qu'il va, en proie à un enthousiasme tragique, composer en trois mois

(février 1888-mai 1888) 53 lieder sur des poèmes d'Eduard Morike, pasteur et poète, jusqu'alors peu apprécié. Dans cette demeure, ses journées s'écoulaient entièrement consacrées au travail ; il n'accepte même plus de recevoir ses amis. Ses lettres dépeignent parfaitement la facilité de son inspiration, l'orgueil qui l'emporte, l'exaltation de tout son être :

« Il est maintenant sept heures du soir, écrit-il, par exemple, et je suis aussi heureux, heureux que le plus heureux des rois. Encore un nouveau Lied ! Mon cœur, si tu l'entendais !... le diable l'emporte de plaisir... Encore deux nouveaux Lieder ! Il y en a un qui sonne si horriblement étrange que cela me fait peur. Rien de pareil n'existait encore. Dieu assiste les pauvres gens qui l'entendront un jour... »

Et encore : « Si vous entendiez le dernier Lied que je viens de faire, vous ne pourriez plus avoir qu'un désir dans l'âme : mourir ! Votre heureux, heureux Wolf. »

Il s'arrête un instant pour accomplir un pèlerinage à Bayreuth et revient à Perchtoldsdorff composer, sans interruption, 10 lieder sur des poèmes d'Eichendorff. Sa fièvre est toujours là présente qui l'emporte. En octobre, il termine les *Morike-Lieder* par 10 mélodies composées en sept jours ; de décembre 1888 à février 1889, il écrit en entier le *Goethe-Liederbruch*, en tout 51 lieder. Entre temps, il a pu adresser à sa mère, avec ses vœux pour 1889, ce bulletin de victoire :

« Mes meilleurs souhaits pour le nouvel an ; si mes succès vous causent de la joie, dites seulement que, comme moi, vous pensez à un miracle incroyable de l'année qui finit. Elle a été la plus fertile et par conséquent la plus heureuse de ma vie. En cette année et jusqu'à cette date, j'ai composé 92 lieder et ballades et parmi ces 92 lieder, aucun ne fut mauvais. Je crois que je dois être content de 1888. Que va apporter 1889 ? Dans cette année, l'opéra que je pense commencer doit être terminé. Que Dieu, lui donne sa bénédiction ! »

En 1890, le cycle des *Spanisches-Lieder* est à son tour publié, soit 44 mélodies sur des poésies espagnoles, toujours composées « dans la même fureur de joie » ; puis ce sont des lieder sur des poésies de Gottfried Keller et le début de l'*Italienisches-Liederbruch*.

Ainsi, en deux ans, sans interruption, dans une fièvre de travail insensée, Wolf a composé plus de 200 lieder. Pour donner une idée du rythme de la création, nous fournirons le tableau chronologique de la composition des *Morike-Lieder*, pendant les mois de février et mars 1888 :

16 février 1888 : *Der Tambour*.

22 février 1888 : *Der knabe und das immelein*.

22 février 1888 : *Jagerlied*.

22 février 1888 : *Ein stundlein wohl vor tag*.

23 février 1888 : *Der Jager*.

24 février 1888 : *Nimmersatte liebe*.



- 24 février 1888 : *Auftrag*.  
 25 février 1888 : *Zur Warnung*.  
 29 février 1888 : *Lied vom winde*.  
 1<sup>er</sup> mars 1888 : *Bei einer trauung*.  
 6 mars 1888 : *Zitronenfalter in april*.  
 6 mars 1888 : *Des genesene an die hoffnung*.  
 7 mars 1888 : *Elfenlied*.  
 7 mars 1888 : *Der Gartner*.  
 8 mars 1888 : *Abschied*.  
 10 mars 1888 : *Denk'es o seele*.  
 11 mars 1888 : *Auf einer Wanderung*.  
 13 mars 1888 : *Gebel*.  
 13 mars 1888 : *Verborgenheit*.  
 14 mars 1888 : *Lied eines Verliebten*.  
 17 mars 1888 : *Selbstgeständnis*.  
 20 mars 1888 : *Erstes lebeslied eines Mädchens*.  
 21 mars 1888 : *Fussreise*.  
 22 mars 1888 : *Rat einer alten*.  
 22 mars 1888 : *Begegnung*.  
 24 mars 1888 : *Das verlassene Mädlein*.  
 27 mars 1888 : *Storchenbotschaft*.  
 29 mars 1888 : *Frage und antwort*.  
 31 mars 1888 : *Lebe Wohl*.

A la fin de l'année 1890, tout à coup, brutalement, Wolf sent qu'il n'a plus rien à dire. Le désespoir le saisit, l'angoisse l'étreint. Et ses lettres vont maintenant traduire sa tristesse et son découragement :

« De composer, je n'ai plus la moindre idée. Dieu sait comment cela finira ! Priez pour ma pauvre âme !... »

« ...Depuis 4 mois, je souffre d'un marasme d'esprit qui me donne, très sérieusement, la pensée de fuir ce monde pour toujours... Seul doit vivre qui véritablement vit. Je suis depuis déjà longtemps un mort. Si c'était seulement une mort apparente ! Mais je suis mort et enterré... »

« Je vis comme une bête sourde et stupide. A peine si la lecture me distrait encore un peu ! Dans mon désespoir je m'y jette. Pour la composition, c'est fini ; je ne peux même plus me figurer ce que c'est qu'une harmonie et une mélodie, et je commence presque à douter que les compositions qui portent mon nom soient vraiment de moi. Bon Dieu ! A quoi bon tout ce bruit, à quoi bon ces magnifiques projets si c'était pour en arriver à cette misère ! »

« Le ciel donne à chacun un génie tout entier ou pas de génie du tout. L'enfer m'a donné tout à demi. »

Il reste ainsi près d'un an sans créer et de nouveau, aussi subitement que la première fois, l'inspiration vient le saisir le 29 novembre 1891, à Dobling, et en une vingtaine de jours, il termine le premier livre des *Lieder Italiens*. Mais cette fois, la période créatrice est bien

passée et pour longtemps. Une nouvelle phase de stérilité va s'emparer de son esprit et elle durera près de quatre longues années pendant lesquelles le musicien maudit criera les souffrances qui le frappent :

« Vous me demandez des nouvelles de mon opéra ? Seigneur Dieu ! Je serais déjà content si je pouvais écrire le plus petit liedchen. Et maintenant un opéra ?... Je crois bien fermement que c'est fini de moi... Je pourrais aussi bien parler chinois que composer quelque chose ! C'est effroyable... Ce que je souffre de cette oisiveté, je ne puis le décrire. Je voudrais me pendre. »

En mars 1895 enfin, trois ans et demi après, le génie qui l'a inspiré en 1888-1890 reparait ; en trois mois, Wolf compose un opéra comique : *Le Corregidor* tiré d'un roman de Pedro de Alarcon.

« J'ai travaillé, écrit-il, toute la journée, dans la sueur de mon visage... J'ai écrit toute la journée... Je ne sais plus où trouver ma tête, tant j'ai de travail... »

A cette date, Wolf réside de nouveau, dans la petite maison de Perchtoldsdorff que lui prête le docteur Heinrich Werner et là, après le *Corregidor*, il termine le cycle des *Lieder Italiens* ; puis, un de ses amis, Muller, lui ayant donné les poésies de Michel-Ange, l'émotion l'étreint dès la première lecture et aussitôt, il compose, sans interruption, des lieder sur ces poèmes. En même temps, il a commencé un nouvel opéra, *Manuel Venegas*, d'après un autre roman d'Alarcon.

Hélas ! Vers le printemps de 1897, la fatigue le saisit, il sent le besoin d'exciter son activité psychique par l'alcool. Des amis qui lui rendent visite en avril remarquent un certain changement dans son caractère. En septembre de la même année, une de ses lettres à Heberland contient la phrase suivante : « Je suis hors de moi, je suis en extase, il faut vendre mes robes ! » Heberland se rend chez Wolf et le trouve très troublé.

Quelques semaines après, Wolf, invité par ses amis à venir à Vienne jouer son nouvel opéra *Manuel Venegas*, arrive particulièrement agité, prétendant être le directeur de l'Opéra Royal ; il se met à lire un discours pour le personnel du théâtre et se lance dans une violente diatribe contre Gustave Mahler, le véritable directeur, musicien pour qui, jusqu'alors, il avait toujours témoigné la plus grande admiration. On le calme, et on arrive à le ramener chez lui. Mais dès le lendemain, vêtu de noir, il recherche l'administrateur pour faire signer son contrat en vue de la représentation de *Mannel Venegas* à l'Opéra. On le conduit alors dans la maison de santé du Docteur Svetlin où il restera jusqu'en janvier 1898.

Le diagnostic fut alors douteux et ce ne fut que plus tard que la paralysie générale fut affirmée.

Durant son séjour dans la maison de santé, Wolf essaye de recomposer une partie de sa *Penthésilée* ; quand il relira ce travail lors de

sa rémission, il s'en montrera si horrifié qu'il voudra le détruire. Par périodes, sa mégalomanie augmentait et il se croyait tantôt directeur de l'asile et capable de guérir Nietzsche, tantôt Jupiter commandant les éléments.

Le 24 janvier 1898, considéré comme guéri, il est libéré et, grâce à la générosité de ses amis, il fait, avec sa sœur, un court voyage en Italie à la fin duquel il retourne dans sa petite ville natale. Il est devenu, selon ses propres expressions « un homme calme, tranquille, posé, silencieux, qui voulait de plus en plus rester seul ».

La rémission ne dure pas. En octobre 1898, Wolf tente de se suicider en se jetant dans le lac de Traun ; le froid de l'eau réveille en lui le goût de la vie et il revient à la rive en nageant. Il lui reste encore assez de jugement pour demander de lui-même son internement et il entre aussitôt à l'asile de Vienne. Si, au début, il s'y montra calme et résigné, faisant de la musique avec le directeur, lui-même musicien et admirateur de ses œuvres, bientôt le mal fit des progrès rapides. La dysarthrie devint manifeste, des crises convulsives survinrent et le malade commença à nier son identité, se promenant dans les jardins en répétant : « Ah ! oui, si j'étais Hugo Wolf ! » La paralysie générale put être diagnostiquée avec certitude.

Hugo Wolf chez qui le cœur demeurerait intact résista, malgré sa démence, jusqu'au 16 février 1903, jour où une complication pulmonaire l'emporta et le délivra de cette vie où il avait surtout rencontré le malheur.

« On lui fit des funérailles magnifiques. Il y avait là, tous ceux qui n'avaient rien fait pour Hugo Wolf vivant. L'Etat autrichien, la ville de Vienne, la ville natale Windischgratz, le Conservatoire qui avait exclu Wolf, la Gesellschaft Der Musikfreunde, qui avait été si longtemps inhospitalière à ses œuvres, l'Opéra, qui lui avait été fermé, les chanteurs, qui l'avaient dédaigné, les critiques, qui l'avaient bafoué, — tous étaient représentés là. On chanta une de ses tristes mélodies : *La Résignation d'Eichendorff* et un choral de son vieil ami Bruckner qui l'avait précédé de plusieurs années dans la tombe. Les amis fidèles, Faisst en tête, prirent soin de lui faire élever un monument dans le voisinage de Beethoven et de Schubert. » (Romain ROLLAND).

« Telle fut cette vie, brisée à 37 ans, — car on ne peut compter 5 ans de pleine folie. Il n'y a pas beaucoup d'exemples en art d'un sort aussi terrible. » (Romain ROLLAND).

Débarrassons-nous d'abord des « 5 ans de pleine folie ». A l'asile où Hugo Wolf termina ses jours, on posa le diagnostic de paralysie générale progressive et tous les faits concordent à l'appui de ce diagnostic. Déjà, un an avant les premiers troubles, un oculiste avait constaté chez lui la présence du signe d'Argyll Robertson. Le début apparent de sa maladie remonte à avril 1897 ; à cette date, ses amis signalèrent des troubles de son

caractère qui allèrent en s'amplifiant jusqu'en septembre où les idées délirantes se manifestèrent avec netteté. A son premier internement, on constata des troubles mentaux qui consistait surtout en délire de grandeur avec euphorie et léger affaiblissement intellectuel. Puis, (fait bien connu dans la paralysie générale), survint une rémission de courte durée ; un accès dépressif avec tentative de suicide la termina. Et c'est un nouvel internement qui est obligatoire ; les signes de la paralysie sont alors, au complet, tant les signes psychiques : mégalomanie, déchéance intellectuelle totale jusqu'à l'oubli de la personnalité, que les signes physiques : dysarthrie, accès convulsifs, troubles moteurs des membres.

Mais l'intérêt ne nous paraît pas là tant au point de vue psychiatrique qu'au point de vue musicographique. L'intérêt réside dans la formule de création musicale si spéciale à Hugo Wolf, antérieure à l'évolution de la paralysie générale.

Présentons-la en un tableau synthétique :

1° Jusqu'en 1888 :

1875 : un lied ;

1876 : 8 lieder, fragments de musique de chambre (sonates, rondo), essai de symphonie ;

1877, 1878 : même production.

Les trois années 1876, 1877, 1878 ébauchent la formule créatrice de 1888-1890, mais les compositions sont sans originalité. Par contre, les années 1879, 1880, 1881, 1882 sont creuses : 1 à 2 lieder ou même aucun par an.

1883 : *Penthesilée*.

De 1884 à 1888 : rien.

2° A partir de 1888, les phases de création et de silence se succèdent en alternant suivant un véritable rythme ; nous en avons déjà donné un aperçu au cours de la biographie ; en voici la présentation schématique :

Du 16 février 1888 au 18 avril 1888 : 43 lieder.

Du 18 avril 1888 au 26 septembre 1888 : rien.

Du 26 septembre 1888 au 12 février 1889 : 72 lieder.

Du 12 février 1889 au 21 octobre 1889 : rien.

Du 21 octobre 1889 au 14 novembre 1890 : 58 lieder.

Du 14 novembre 1890 au 29 novembre 1891 : rien.

Du 29 novembre 1891 au 23 décembre 1891 : 15 lieder.

Du 23 décembre 1891 à mars 1895 : rien.

De mars 1895 à septembre 1897 : *Le Corregidor*, Manuel Vénégas, 26 lieder.

Ainsi, deux périodes se distinguent très nettement dans cette vie. Avant 1888, Wolf compose, de façon irrégulière, des pièces variées : mélodies, musique de chambre, symphonies, quatuor, mais il s'agit presque toujours d'œuvres incomplètes, d'essais, de tentatives, et on n'y retrouve pas la griffe de celui que marquera plus tard un génie si personnel.

De 1888 à 1895, Wolf crée, d'une manière intermittente, par périodes d'inspiration nettement tranchées. Ce cas est absolument unique dans l'histoire musicale. Sans doute, connaît-on des arrêts dans la production de certains musiciens, des sortes d'épuisement et les noms de Verdi et de Duparc viennent aussitôt à la mémoire. Mais on ne peut relever, même en faisant appel à la biographie de Schumann, cette alternance cyclique de phases de création exaspérée et de phases d'impuissance mentale complète.

Or, cette alternance peut bénéficier d'une explication psychopathologique. La dépression intermittente ferait assez bien comprendre, par le ralentissement qu'elle produit dans le fonctionnement psychique, les phases d'incapacité productrice ; elle ne suffit pas, à notre avis, à expliquer l'intensité compensatrice des bouffées d'inspiration. Le diagnostic d'accès circulaire doit être soulevé.

Notons d'abord que Wolf, si l'on excepte la *Penthésilée* et *Le Corregidor*, use surtout d'un moyen d'expression : le lied. Pendant les accès d'inspiration, Wolf compose ainsi chaque jour un et quelquefois plusieurs lieder, avec un état d'esprit voisin de celui qui caractérise la manie.

N'y retrouvons-nous pas, en effet, l'accélération du cours des idées, le débordement imaginatif, l'humeur variable avec un fonds d'euphorie constante, d'orgueil, que l'on observe couramment dans l'accès maniaque ? Et jusque dans la musique se reflètent cette exaltation et cette instabilité affective.

Landormy, dans son « Histoire de la musique », parle ainsi des lieder d'Hugo Wolf : « L'ironie, la colère, l'amertume et le dégoût, l'orgueil, la force, la volonté de vivre et d'être soi, voilà ce que ce grand musicien exprime admirablement dans ses lieder et avec une puissance que les seuls Beethoven et Schubert ont égalée... » D'un chant à l'autre, il fait ainsi passer de la tristesse à la joie, selon que s'exhale la plainte désolée du *Harfenspiel* ou que s'élève le chant triomphal du *Reuttenflanger*.

Si, de l'ensemble de ses œuvres, se dégage une impression de grande beauté, il faut cependant y signaler l'influence très forte



de Wagner. Même, quelques-uns des lieder d'Hugo Wolf présentent des analogies avec certains passages de Wagner : « La Chanson au printemps » des Morike-Lieder, par exemple, s'apparente manifestement au célèbre « Chant du Printemps » de *La Walkyrie*. Decsey, Romain Rolland, d'ailleurs, mentionnent ces réminiscences inconscientes de Wagner, ainsi que celles de Berlioz, Beethoven, Schumann et Löwe ; plagiats involontaires qui sont très fréquents dans les productions des maniaques.

On peut donc se demander, avec raison, semble-t-il, s'il n'existe pas une forme d'accès maniaque purement psychique sans agitation motrice concomitante et où tout se résumerait en cette facilité imaginative, cette accélération de l'association des idées, ce dérèglement émotif, mais avec persistance du contrôle de l'esprit.

Chez un musicien doué (et nous n'abordons pas là l'essence même du génie musical), cet état constituerait une force qui le pousserait irrésistiblement à créer, tandis que l'instabilité affective entrerait, pour une certaine part, dans l'élaboration des thèmes variés.

Si l'on adopte cette interprétation pour notre observation clinique originale et pour la biographie d'Hugo Wolf, on voudra bien admettre que, une fois de plus, la psychologie pathologique appliquée aura montré son utilité : elle aura servi à mettre en relief ce qu'il y a, dans l'inspiration en général et dans l'inspiration musicale en particulier, de spontané, d'impulsif, d'impérieux, « d'hypomaniaque », oserions-nous dire, c'est-à-dire, en définitive, de proprement constitutionnel et organique, puisque l'on sait par quels liens l'hypomanie est rattachée au tempérament.

---

# RESULTATS DU TRAITEMENT DE 50 CAS DE PARALYSIE GENERALE PAR LA MALARIA ET LE STOVARSOL SODIQUE

PAR

M. FEUILLADE

Le pronostic et le traitement de la paralysie générale ont été profondément modifiés depuis quelques années. D'une part, la chimiothérapie a obtenu, avec les arsénicaux pentavalents préconisés par Sézary et Barbé, des résultats assez satisfaisants. D'autre part, l'inoculation du paludisme, essayée dès 1917 par Wagner-Jauregg, a fait aujourd'hui ses preuves et « l'unanimité des jugements portés sur le traitement par ceux qui l'ont pratiqué prouve bien que les détracteurs de la méthode se comptent seulement parmi ceux qui ne l'ont pas pratiquée » (Claude).

Depuis 1930, nous avons traité 50 paralytiques généraux en associant la malariathérapie au stovarsol, procédé qui semble donner les meilleurs résultats thérapeutiques.

Voici, brièvement résumée, la technique du traitement, telle que nous l'avons appliquée : après un examen général sévère, qui permet d'éliminer toute contre-indication (tuberculose pulmonaire, affections graves du foie, cardiopathies mal compensées, néphrites), nous injectons, par voie intra-veineuse, deux centimètres cubes de sang prélevé à un malade impaludé, de préférence au cours d'un accès fébrile. L'incubation dure habituellement quatre à six jours, puis apparaissent les accès intermittents qui revêtent, soit le type tierce, soit le type quotidien. Nous laissons évoluer en général huit accès et nous interrompons le paludisme en donnant, pendant quatre jours, une dose d'un gramme de sulfate de quinine. Lorsque l'état général du malade est précaire, nous coupons le paludisme après quatre accès,

et nous faisons une nouvelle impaludation après un repos d'une quinzaine de jours.

Dès que l'impaludation est terminée, nous commençons le stovarsol après avoir fait pratiquer un examen ophtalmologique, la constatation de lésions de névrite optique imposant une grande prudence. Nous faisons, deux fois par semaine, une injection intra-musculaire de 1 gr. de stovarsol sodique dissous dans 10 cm<sup>3</sup> d'eau distillée, à raison de 20 gr. par série de 20 injections. La première année, nous pratiquons trois séries de stovarsol, la seconde année deux séries, puis régulièrement une série par an.

RÉSULTATS CLINIQUES. — Nos 50 malades ont été traités, soit dans le service psychiatrique de l'Hôpital Edouard-Herriot (Professeur Lépine), soit à la Clinique « Mon Repos ». Cela implique que le traitement a été appliqué précocément, c'est-à-dire à un stade où l'élément démentiel n'est pas suffisamment marqué pour nécessiter l'internement. Notre statistique ne contient donc que des cas récents : c'est là l'explication de nos bons résultats, et de la grande proportion de malades récupérés socialement.

Voici, en bloc, les résultats obtenus :

TOTAL DES IMPALU- DATIONS	RÉCUPÉRÉS SOCIALEMENT		RÉSULTATS MÉDIOCRES	RÉSULTATS NULS	DÉCÈS
	Bonnes Rémissions	Assez bonnes rémissions			
50	16 (32 0/0)	13 (26 0/0)	10 (20 0/0)	9 (18 0/0)	2 (4 0/0)

1° *Récupérations sociales.* — Les malades récupérés socialement représentent 58 % de notre statistique, c'est-à-dire près des 3/5<sup>e</sup> des cas traités. Parmi eux, nous distinguons :

les « bonnes rémissions », permettant la reprise des occupations antérieures,

et les « assez bonnes rémissions », permettant la reprise d'une activité sociale exigeant seulement un travail de routine.

Les cas les plus favorablement influencés sont les formes avec excitation psychique et délire euphorique mégalomaniacque. Les formes confusionnelles à type dépressif, avec gros troubles de la mémoire, s'améliorent plus lentement et moins complètement.

Ce qui frappe surtout, c'est le retour de l'auto-critique, le malade reconnaissant la nature pathologique de ses troubles. Toutefois, il est difficile d'affirmer, même dans les cas les plus favorables, le retour absolu à l'état normal. D'après Dujardin et Targowla, « il persisterait une faiblesse intellectuelle, un certain degré de fatigabilité. L'optimisme, la confiance en soi de certains malades seraient comme les vestiges de l'euphorie et de l'inconscience démentielle ; à l'opposé, une certaine apathie pourrait être considérée, chez d'autres malades, comme la séquelle des formes dépressives ».

Notons que souvent les résultats sont tardifs, et ne surviennent que six mois et même un an après l'impaludation :

M... Val..., paralytique général, mégalomane, hypomaniaque. Devant la persistance des troubles mentaux après l'impaludation, la question de l'internement a été discutée. Mais après six mois, peu à peu l'amélioration s'est produite. Au bout d'un an le malade a repris ses occupations professionnelles. Au début la reprise a été pénible, puis l'activité est redevenue normale. Actuellement, cet homme qui dirige une importante usine de tissage a redonné à son affaire l'activité qu'avait fortement compromise sa maladie mentale.

La réadaptation à leur milieu familial des paralytiques généraux récupérés socialement dépend, pour beaucoup, de la façon dont ils sont entourés à leur sortie de clinique. Il faut savoir les comprendre, ne pas leur manifester de méfiance, et leur éviter certaines allusions qui les affectent et les diminuent à leurs propres yeux. Le suicide d'un de nos malades a été le résultat d'une mauvaise compréhension de son milieu familial :

M... Te... avait avec un de ses frères un petit atelier de mécanique.

Paralysie générale ; euphorie, déficit intellectuel. Traité par le paludisme et le stovarsol. Bonne rémission. Après un an de repos, reprend ses occupations sur notre conseil. Mais son frère et sa femme conservent une certaine méfiance à son égard. Ils ne lui concèdent qu'un rôle tout à fait secondaire, en lui faisant remarquer à tous propos et sans bienveillance ses petites imperfections.

Te... a souffert d'un tel état de chose. Il est devenu soucieux, taciturne. Un matin on l'a trouvé pendu dans sa chambre. Une lettre laissée sur sa table expliquait la raison de son acte.

Cette observation montre bien le rôle que doit jouer le médecin auprès de la famille du malade, et la nécessité d'une surveillance médico-sociale. Après le traitement proprement dit, le médecin peut beaucoup par ses conseils, et il ne doit pas en être avare, car l'entourage du malade a besoin d'être éduqué.

Parmi nos 29 malades récupérés socialement, nous avons eu, à notre connaissance, trois récidives : deux, quatre ans après l'impaludation ; la troisième, un an après seulement.

M... Ba..., représentant. Bonne rémission après impaludation et une série de stovarsol (mars 1932). Il reprend son métier et sa vie familiale, mais néglige de se faire traiter. Au début de 1936, son activité professionnelle diminue. Les troubles psychiques augmentent de plus en plus. Nouvelle impaludation en mai 1936. Résultat très médiocre.

M... Gi... Assez bonne rémission après impaludation. Traitement irrégulier au stovarsol (deux séries la première année, et une série la troisième année). Rechute quatre ans après l'impaludation. Placé en maison de santé en juillet 1936. Décès le 25 mars 1937 d'une broncho-pneumonie.

La troisième récidive concerne une femme que nous avons impaludée étant enceinte. Après son accouchement, elle reprit son travail. La mort de son enfant à l'âge de huit mois déclancha un épisode dépressif qui se transforma peu à peu en état déméntiel définitif.

*Résultats biologiques.* — Les modifications que l'on trouve dans le liquide céphalo-rachidien et le sang confirment souvent les résultats cliniques. Mais résultats cliniques et biologiques sont loin de marcher toujours de pair.

Chez les malades récupérés socialement, nous avons toujours trouvé en régression les réactions et les dosages habituels. Nous avons pu pratiquer une ponction lombaire chez quatorze sujets dont l'état mental était satisfaisant deux ans après leur impaludation.

Réaction de Bordet-Wassermann :

très nettement négative dans 8 cas,

légèrement positive dans 5 cas,

positive dans un cas.

Lymphocytose :

moins de deux lymphocytes dans 9 cas,

de deux à cinq lymphocytes dans 5 cas.

L'hyperalbuminose semble régresser plus difficilement et ne devient normale que quatre fois. Chez les autres malades, elle varie entre 30 et 50 cgr.

2° *Les résultats médiocres et nuls* représentent 38 % de notre statistique : dix malades sont affaiblis au point de vue intellectuel, mais sont susceptibles de rendre quelques services ; cinq se comportent comme des déments chroniques ; enfin, chez



quatre d'entre eux, on assista à une véritable transformation de l'état mental, deux se comportant comme des maniaques, et deux présentant un délire hallucinatoire persistant, rappelant la psychose hallucinatoire chronique. Dans ce groupe de 19 malades, nous avons pu pratiquer une ponction lombaire chez huit sujets après un minimum de deux ans de traitement : les réactions sérologiques sont restées positives chez quatre ; elles sont devenues partiellement positives chez trois ; enfin, chez un malade, nous avons trouvé une formule complètement normale. Ces résultats montrent bien que la négativation des réactions ne correspond pas toujours à une guérison clinique.

Actuellement, sur ces 19 malades, six sont morts : deux de broncho-pneumonie, un d'urémie, un d'infection généralisée secondaire à des escarres, enfin deux de cachexie.

3° *Décès.* — Sur 50 malades traités, nous avons eu deux décès en cours de traitement, soit 4 %. L'un est mort d'un paludisme hyperthermique quininorésistant. Le second est mort d'une gangrène des bourses, consécutive à une double orchite survenue après le troisième accès palustre.

4° *Considérations générales.* — La première constatation qui se dégage de l'étude de nos observations est que la paralysie générale est actuellement curable ; mais pour cela, il faut que le traitement soit fait de bonne heure et pendant longtemps après la guérison. Des malades, dont la rémission au début n'était qu'incomplète, se sont améliorés progressivement, souvent plusieurs mois après l'impaludation. Les récidives sont dues, en général, soit à l'absence complète du traitement stovarsolique, soit à un traitement irrégulier, avec un espace trop long entre les séries d'injections. Des visites semestrielles au cours de la première année, annuelles dans la suite, seraient de nature à prévenir les rechutes.

La solidité des résultats dépend pour beaucoup de la façon dont les malades sont entourés et compris par leur entourage à leur sortie de clinique. A côté des indications strictement thérapeutiques, apparaît ainsi la nécessité d'une mesure d'assistance dans tous les cas où le milieu familial n'est pas favorable à une bonne réadaptation du malade. La création de Colonies Familiales à Dun-sur-Auron et à Ainay-le-Château est un gros progrès : « Les malades y sont en liberté à peu près totale, tout en restant sous la surveillance médicale, ils partagent la vie calme des populations rurales, et se réadaptent progressivement à la vie sociale. » (Sivadon).

# SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

---

*Séance du Jeudi 9 Mars 1939*

---

**Présidence : M. LAIGNEL-LAVASTINE, président**  
**et M. GUIRAUD, vice-président**

---

## PRÉSENTATIONS

**Pseudo-amnésies rétrogrades totales,**  
**par MM. X. ABÉLY, BOUVET et CARRÈRE.**

Nous avons l'honneur de vous présenter l'observation de deux malades qui présentaient une pseudo-amnésie rétrograde totale. Nous ne croyons pas à la possibilité d'une étiologie organique de telles amnésies, en dehors des états démentiels ou confusionnels marqués. Nous avons observé pas mal de cas de ce genre et nous n'en avons jamais rencontré de véritablement authentique. Les observations qui ont été publiées ne nous paraissent pas plus convaincantes. Aussi recherchons-nous systématiquement la cause psychogène, affective de cette abolition systématique du passé. Lorsque cette pseudo-amnésie n'est pas accompagnée d'un autre syndrome psychopathique tel que système délirant, schizophrénie, nous restons persuadés qu'il s'agit d'un cas de simulation intéressée utilitaire. On ne peut s'étonner d'ailleurs de cette forme rétrograde globale adoptée par les

sujets : c'est la forme populaire de l'amnésie ; celle qu'ont vulgarisé le roman et le théâtre.

La première observation est celle d'un individu de 25 ans, qui avait été interné à la suite d'une confusion alcoolique d'ailleurs vite dissipée, et qui déclarait rapidement n'avoir gardé aucun souvenir de sa vie et de son identité. Après de laborieux interrogatoires, nous pûmes découvrir la cause de cette simulation. Ce sujet, qui n'est pas un buveur d'habitude, s'était laissé surprendre par un excès éthylique exceptionnel, dont les conséquences étaient pour lui catastrophiques. De nationalité étrangère, journaliste extrémiste, agitateur politique, soupçonné dans son pays d'espionnage, il était placé sous la surveillance de la police. Il avait pu se réfugier en France, s'était engagé à la Légion étrangère, avait déserté et vivait depuis plusieurs années à Paris, sous un faux nom, grâce aux papiers d'identité que lui avait livrés un autre légionnaire, français celui-là, qui s'était inscrit lui-même sous un nom d'emprunt à la Légion.

Nous pûmes persuader à ce sujet que le meilleur procédé pour sortir de cet imbroglio était de régulariser sa situation à la Légion, où il pouvait achever son engagement. Dès lors, nous obtinmes ses confidences.

Le second cas était beaucoup plus difficile à élucider, car nous étions en présence d'un individu beaucoup moins déséquilibré, plus maître de lui et beaucoup plus habile. Voici son histoire :

Vers la fin d'octobre 1938 se présentait à l'Armée du Salut pour une nuit seulement, un homme de 50 à 60 ans, qui ne pouvait donner son nom. Il revint ou fut ramenée le 21 novembre dans un état assez sordide, portant des ecchymoses sous-orbitaires et pariétales, attribuées à une chute ou à des coups. Il déclara à nouveau ignorer son identité et ne pouvoir donner aucun renseignement. Au bout de huit jours d'assistance, il fut conduit à l'Infirmierie spéciale. Dans son certificat le Dr Logre signalait : « Allégation d'amnésie totale... langage clair, précis, approprié ; regard un peu fuyant, réponse d'un ton quelque peu enfantin et finaud ; rédactions courtes, sensées, bien écrites graphologiquement, grammaticalement et logiquement. Ayant vu sur son veston la marque du tailleur qui n'était qu'incomplètement enlevée, il a fait disparaître soigneusement les résidus. Origine israélite probable ; circoncision. D'après les tests d'association, paraît connaître un peu l'anglais et l'allemand. Probabilité de refoulement d'un passé indésiré, sinon indésirable. Pithiatisme ou simulation. Peut-être élément d'amnésie partielle cérébrale. Problème non encore élucidé. »

A l'arrivée à Sainte-Anne, l'un de nous rédigeait le certificat suivant : « Allégation d'une amnésie complète ayant fait table rase de

tous les souvenirs antérieurs. Cependant, conservation des souvenirs récents et de nombreux souvenirs scolaires et usuels. Langage et écrits corrects, cohérents, pertinents. Absence de troubles de l'attention, de l'association des idées, du jugement, du comportement. Tableau tout à fait discordant, ne répondant à aucune forme d'amnésie clinique même s'il s'agissait de séquelles d'ictus, de traumatisme ou d'épilepsie. Amnésie systématique, probablement volontaire ; présénilité, difficultés sociales probables ; pas de signes neurologiques. »

Le certificat de quinzaine était le suivant : « Présente le même état psychique qu'à l'entrée ; persistance d'une amnésie totale de tout le passé ; absence de tout autre signe d'affaiblissement psychique, de tout élément confusionnel. Contradictions psychologiques inexplicables ; conservation de souvenirs et d'expériences acquis à diverses époques de l'existence (connaissances scolaires, langues étrangères, dessin, jeux d'adultes, connaissances variées, éducation), avec abolition des souvenirs personnels des mêmes périodes. Origine possible de l'exagération amnésique dans certains petits faux pas de la mémoire ou de petits ictus amnésiques dus à l'artériosclérose. »

Nous ne reviendrons pas sur le détail de ces symptômes que nous avons essayé de résumer dans ces certificats. Le malade se présentait avec une attitude de dépression légère. Il se plaignait de céphalées, de vertiges. Interrogé sur son passé, il paraissait faire des efforts considérables, mais déclarait bientôt qu'« il se heurtait à un mur ». Il donnait l'impression, au cours de la conversation, de se tenir sur la réserve, de ne pas se livrer, de méditer ses réponses. Très maître de lui, on pouvait noter cependant, à certains moments, un état émotif qu'il s'efforçait de refouler. Il ne lisait pas, prétextant que la lecture le fatiguait. Toutefois, certains indices semblaient bien montrer qu'il possédait une culture assez complète. Il s'adaptait rapidement au service, se montrait sociable avec ses camarades et avec les infirmiers, se rendait utile. Mais aucune tentative de surprise, d'intimidation, de sentimentalité, ne pouvait percer la cuirasse psychologique de cet homme. Une anesthésie à l'éther ne nous donna aucun résultat.

Signalons que toutes les réactions humérales étaient négatives ; pas de syphilis, pas de glycémie, pas d'urémie ; on pouvait noter une légère hypertension artérielle : 18-11. Enfin, les recherches sur les personnes récemment disparues ne furent couronnées d'aucun succès.

Cependant, vers le début de janvier, le malade paraissait un peu plus triste. Il nous avait dit que le milieu de l'admission était pénible, en raison de l'agitation fréquente des nombreux entrants. Nous avons saisi l'occasion pour lui déclarer que son séjour pourrait se prolonger indéfiniment. Dès lors, quelques souvenirs de la période située entre ses deux passages à l'Armée du Salut parurent émerger. Un jour, il vint nous signaler que, dans un rêve, il avait eu deux visions qui lui paraissaient se rattacher au passé ; l'une à son enfance, l'autre

tre à son âge mûr : il nous décrivit fort bien une place qui se rapportait manifestement à la place Stanislas de Nancy ; l'autre vision représentait un camp de prisonniers en Allemagne. Puis un nom parut surgir, d'abord confus, puis plus précis : celui d'un compagnon de captivité. Nettement, le malade nous tendait la perche pour que nous le rattachions à la vie normale. Nous eumes quelque peine à découvrir l'adresse de l'ami. Nous y parvinmes cependant. Celui-ci nous répondit aussitôt : « Je reconnais très bien M. S. d'après sa photographie. C'est un ami de 25 ans. Il est d'ailleurs très connu dans sa spécialité sur la place de Paris. Sa famille le fait rechercher depuis plusieurs mois et le croyait mort. Je viens le voir aussitôt. Il est des choses que je ne puis vous dire que de vive voix. » Mis en présence de son ami M. S. ne paraît pas le reconnaître. Pressé de recevoir sa femme, le malade essaya d'abord d'éluder par d'habiles arguments cette visite, puis y consentit enfin. Lors de la venue de Mme S., le malade, après un semblant d'hésitation, déclara la reconnaître et manifesta quelque émotion, mais avec l'intention évidente de ne pas se trahir.

Nous pûmes connaître dès lors tous les détails de la vie de S. : Il est actuellement âgé de 52 ans. Il est né à Nancy. Il est israélite. Après de bonnes études secondaires, il se perfectionna dans les lettres. Puis il se lança dans les affaires, utilisant d'ailleurs ses connaissances littéraires. Très intelligent, très travailleur et très habile, il acquit bientôt une brillante situation en Suisse, puis en Allemagne. Après l'armistice, il trouva des places équivalentes à Paris et réussit remarquablement. Il s'est toujours montré cependant hyper-actif, nerveux, instable, abandonnant des Maisons solides pour renflouer des Maisons en train de périliter. Il eut une vie conjugale assez agitée, au cours de deux mariages. En période de crise, il se trouva sans place pendant quatre ans et mena une vie très dure, travaillant pour son propre compte. Sa femme raconte qu'il fit à cette époque des sortes de fugues, d'ailleurs conscientes et volontaires, passant des nuits dehors et revenant chez lui harassé, après avoir fait de longues marches. Mais les allégations de Mme S. sont peut-être sujettes à caution, dans son désir de trouver à son mari des antécédents pathologiques.

Depuis quelques mois, le malade avait trouvé une situation importante, mais encore assez mal rémunérée. Il semble que sa femme, assez incompréhensive, ainsi que ses fils, aient eu des exigences d'argent et de luxe qu'il pouvait difficilement satisfaire. Quoiqu'il en soit, sa Maison s'aperçut un jour qu'il profitait de ses fonctions, assez peu contrôlées, pour dérober des marchandises de valeur. Pris sur le fait, en septembre dernier, il fut conduit au commissariat, inculpé, puis relâché. Le soir même, il disparaissait, envoyant à sa femme ce simple mot : « Pardon », et au commissaire une lettre brève, disant : « Après ce que j'ai fait, je n'ai plus qu'à disparaître. »



Pour tous ceux qui le connaissaient simplement assez bien, ce vol parut un fait stupéfiant, après un passé d'honnêteté entière. Cependant certaines personnes, plus intimes, pensent que sa moralité était assez élastique à plusieurs points de vue, et que, dans d'autres places, des soupçons avaient pesé sur lui. Un peu avant cet événement, avait éclaté, dans son intérieur, un drame familial, auprès duquel bien des romans ou des pièces de théâtre paraîtraient édulcorés. Sa famille et ses amis crurent que, désarmé par ces chocs répétés, il s'était réellement suicidé. Sa femme fit cependant effectuer des recherches par les divers services de la Préfecture et du Ministère de l'Intérieur. Ces recherches, bien que très actives, ne donnèrent aucun résultat, et furent abandonnées au bout de deux mois. Coïncidence curieuse, c'est alors que M. S. reparut à l'Armée du Salut et fut interné. Durant ce temps, bien que la famille ait désintéressé la Maison et que celle-ci ait retiré sa plainte, S. fut condamné à quatre mois de prison. On ne sait ce qu'il est devenu pendant cette période, en dehors de son court passage à l'Armée du Salut. Il raconte maintenant se rappeler avoir reçu quelques aumônes. Il semble que, fort bien camouflé en clochard, il a mené une vie vagabonde qui lui a permis de se dissimuler.

Depuis que le malade reçoit les visites de sa femme, son état psychique n'a qu'imperceptiblement varié. Tout ce qu'on lui raconte sur son existence « meuble sa mémoire, dit-il, mais ne lui apparaît pas comme ayant été véritablement vécu ». Il a simplement l'impression d'avoir eu une période très difficile dans sa vie. Il n'a pas paru s'émouvoir à l'annonce de sa condamnation. Son attitude au cours des conversations reste toujours à peu près identique. Il donne l'impression d'un état légèrement dépressif, il cherche parfois ses mots ; il exprime des idées d'incapacité : « Je ne suis plus capable de travailler. Je suis une épave. » Il est extrêmement probable qu'il a réellement présenté un état de désarroi et de découragement après les terribles chocs affectifs qu'il a subis. Sa femme trouve qu'il a beaucoup vieilli. Mais, à d'autres moments, surtout quand il n'est pas observé, son aspect est tout différent et révèle une vivacité intellectuelle évidente. Il y a, pour qui le connaît bien, dans son apparence dépressive devant l'interlocuteur, une part d'attitude voulue, de calcul... Nous ne repoussons pas cependant l'hypothèse qu'un certain degré d'inhibition psychique et de dysmnésie ait représenté l'épine organique, d'où sont dérivées les exagérations amnésiques observées. Nous avouons même qu'un doute peut subsister sur la sincérité ou la simulation de ces troubles. Nous nous en voudrions de vouloir exercer une influence sur l'opinion des futurs experts qui examineront prochainement ce malade dont la condamnation, par défaut, sera soumise à nouveau à l'appréciation des juges.

Pour nous, cependant, cette ténacité, ou plutôt cette évolution

lente de l'amnésie, ne nous surprend nullement. Pour aboutir à une guérison totale dans de tels cas, comme dans tous les cas de pseudo-hystérie, où la sincérité du sujet reste sujette à controverse, deux conditions sont indispensables : 1° permettre au malade de sortir honorablement de sa pathomimie, sans humiliation, avec les honneurs de la guerre ; 2° liquider les conflits affectifs et sociaux. Ici le conflit social, celui de l'affaire judiciaire, paraît relativement facile à solutionner. L'autre, le conflit familial, sera plus difficile à résoudre. C'est pourquoi notre pronostic, quant à la disparition complète du trouble psychique actuel, nous paraît devoir être réservé.

M. HESNARD. — Je trouve un peu simpliste l'étiquette de simulation apposée, non au cas admirablement vu et exposé par M. Xavier Abély, mais à des cas comparables comportant tous les aspects objectifs de la simulation : mobile utilitaire, opportunité de l'accident, comportement du sujet à l'égard de son amnésie, etc... Les fausses simulations, dont quelques types ont été esquissés au Congrès de Bordeaux à l'occasion du rapport de M. Fribourg-Blanc et dont quelques psychanalystes, comme E. Jones, ont publié de beaux exemples, surviennent, comme dans le cas présent chez des sujets déséquilibrés et instables ou névropathes souffrant de conflits intimes et ayant un intérêt plus ou moins avoué à disparaître momentanément de la vie familiale ou sociale. Il semble qu'il y ait, dans ces « syndromes d'évasion », un refoulement portant sur la personnalité sociale et centré sur certains événements pénibles que le malade, hypocrite avec lui-même comme avec les autres, cherche à abolir de son souvenir ou plutôt de son évocation.

Ces faits sont à rapprocher de ceux qu'on appelait jadis « amnésie hystérique ». Il y a toutes sortes d'intermédiaires entre l'amnésie psychopathique vraie et l'état normal. Et ces intermédiaires, prenant les caractères objectifs de la simulation, pourraient entrer dans la catégorie du pithiatisme à formule mentale.

M. GUIRAUD. — J'avais demandé la parole pour exprimer des idées analogues à celles que M. Hesnard vient de nous exposer. M. X. Abély vient de poser un problème très délicat. Faut-il considérer comme simulées volontairement et en pleine connaissance de cause toutes les amnésies systématiques d'événements vitaux défavorables au sujet ? C'est tout le problème de l'hystérie et du pithiatisme. Je crois que, dans un certain nombre de cas, ces

amnésies constituent des phénomènes de refoulement, mais ne sont ni volontaires, ni conscientes. Pendant mon séjour à la Section H.-Colin, à Villejuif, j'ai eu l'occasion d'observer un certain nombre de meurtriers qui avaient totalement oublié leur meurtre, écrivaient à leur femme qu'ils avaient tué quelques jours auparavant ou demandaient de leurs nouvelles. Internés immédiatement, ils n'étaient sous le coup d'aucune inculpation et n'avaient été interrogés par aucun magistrat. Ces amnésies persistent longtemps et je crois même que la période oubliée n'est jamais véritablement revécue. L'apparence d'un comportement utilitaire ne prouve pas, à mon avis, que l'événement psychique se passe dans la conscience claire.

M. H. BARUK. — Il me semble bien scabreux de vouloir opposer une explication organique et une explication psychique aux symptômes d'un tel syndrome et d'opposer la simulation à la maladie chez le même individu. Les méconnaissances affectives ne sont pas des amnésies, ni des simulations, tel le cas d'un dément sénile qui dit n'avoir pas de fils depuis que celui-ci l'a fait interner contre son gré. Un dément précoce, à Charenton, garda volontairement le silence pendant les 11 ans de sa phase catatonique et lorsqu'il sortit de la phase catatonique, il avoua que c'est intentionnellement qu'il ne parlait pas. Est-on en droit de dire que son mutisme n'était pas pathologique ? Un dément actuellement incontestable du service de M. Crouzon, à la Salpêtrière, fut, pendant longtemps, l'objet de la discussion des médecins, les uns le traitant de simulateur, les autres de malade, parce qu'il avait une surdité paradoxale et intermittente. Cette surdité n'était-elle pas déjà une production de sa maladie ?

M. COURBON. — La conduite utilitaire et trompeuse qu'est la simulation peut se rencontrer aussi bien chez des individus sains d'esprit que chez des psychopathes très gravement atteints. La pratique de la simulation par les psychopathes s'appelle la sursimulation.

La notion des bénéfices sociaux conférés par la maladie qu'ils feignent et le désir de se les procurer par cette feinte sont les mêmes chez le sursimulateur et chez le simulateur. Ce par quoi ils se distinguent, c'est par la présence, chez le premier, et l'absence, chez le second, d'un indice révélateur de psychose dans la réalisation de la feinte.

Le plus bel exemple de conduite utilitaire et sciemment trompeuse de la part d'un malade mental que je puisse invoquer est

celui d'un dément précoce, observé avec M. Laignel-Lavastine pendant la guerre, qui nous avait été envoyé au Centre des psycho-névroses comme simulateur. Ce dément avait conservé la notion des dangers de la bataille et celle de la réforme pour invalidité physique ; mais il ne se les rappelait que devant les médecins. Aussi feignait-il une claudication extravagante chaque fois que nous l'interpellions, puis se remettait à marcher très correctement dès que nous cessions de nous occuper de lui. La grossièreté et la fugacité de la feinte prouvaient sa nature pathologique.

**Bloc septo-ventriculaire gauche dans un cas d'hallucinations psychiques avec troubles de la contention de la pensée intérieure, par MM. H. BARUK et M. RACINE.**

Bien que l'étiologie des hallucinations, et plus spécialement des hallucinations psychiques, reste encore très controversée, il semble bien que, dans certains cas, les phénomènes hallucinatoires puissent dépendre de troubles vasculaires et neuro-végétatifs. Nous avons observé ainsi, à plusieurs reprises, un parallélisme frappant entre des poussées hallucinatoires et des poussées d'hypertension artérielle paroxystique. A plusieurs reprises, nous avons vu le début de psychoses hallucinatoires précédé par des troubles vaso-moteurs intenses du visage, des phénomènes congestifs, avec céphalée, vertiges. Il en est ainsi parfois dans certains syndromes hallucinatoires consécutifs à la ménopause, ou à la suppression brusque des fonctions ovariennes : on peut quelquefois suivre pas à pas la transformation insensible des bouffées de chaleur, et malaises somatiques, en bourdonnements, sifflements d'oreille, puis en bruits parasites, enfin en voix.

Le malade que nous présentons à la Société pose le problème de ces corrélations hallucinatoires et cardio-vasculaires.

Il s'agit d'un homme âgé actuellement de 43 ans, en traitement, à de nombreuses reprises, dans notre service de la Maison Nationale de Saint-Maurice.

La maladie actuelle remonte à 1929 et a débuté par un épisode dépressif, marqué, semble-t-il, par des manifestations dipsomaniaques. Celles-ci aboutissaient à des abus de boisson. Le malade entre alors de lui-même en traitement dans une maison de santé. Brusquement, peu après son entrée en maison de santé, dans l'après-midi du 17 novembre 1929, commencent les « voix ».

Ces voix, il les entendait, dit-il, très rarement par les oreilles, presque toujours par la pensée. Ce sont des « voix intérieures ». Elles n'ont jamais cessé depuis 1929, mais ont présenté des phases d'accalmie.

Ces voix sont, le plus souvent, péjoratives : elles le traitent de menteur, de déserteur, d'assassin ; disent qu'il n'a pas beaucoup de qualités, qu'il n'est qu'un inutile dans la vie, qu'il est à charge aux siens, qu'il ferait mieux de se suicider. A de rares intervalles, elles ont pris la forme de l'écho de la pensée et de l'écho des actes. Le contenu de ces voix est cependant variable et est différent suivant l'état de santé générale du malade.

Lorsque celui-ci est très fatigué, souffrant de multiples malaises et découragé, les voix sont injurieuses et pessimistes : elles disent que c'est un incapable, qui n'arrivera jamais à rien, et qu'on ferait mieux de le tuer.

Au contraire, lorsque le malade se sent mieux, qu'il est moins fatigué et qu'il reprend espoir, les voix disent que « c'est un mauvais moment à passer, que cela doit aller mieux et qu'il pourra reprendre sa place auprès de sa femme et de ses enfants ».

En somme, les voix semblent parallèles à l'état d'esprit même du malade. C'est ce qu'il exprime en disant : « Les voix forment mes pensées. »

D'ailleurs, nous dit le malade, au moment où ces voix ont commencé, en 1929, « en fait, je me figurais déjà que je ne pourrais plus vivre en société, ni en famille. J'avais l'impression que je devenais un monstre, non seulement au point de vue du caractère, mais encore au point de vue physique ; j'ai cette impression surtout lorsque je suis déprimé. »

Le malade présente, en effet, des tendances dépressives, survenant d'abord par accès, ensuite de façon de plus en plus continue. La première période dépressive a eu lieu vers l'âge de 16 à 17 ans. Le malade présentait à ce moment de l'anxiété, des fugues, de l'hostilité familiale et des troubles de l'affectivité. Il fut soigné en maison de santé et l'on aurait porté alors le diagnostic de démence précoce.

Mais l'accès disparut ; le malade retrouva son équilibre normal ; entra ensuite au Collège d'athlètes de Reims, fut mobilisé et fit toute la guerre sans incidents, sauf une légère blessure à la jambe. Après la guerre, il fut employé dans une Compagnie d'assurances. Marié, il y a 12 ans, il a deux enfants bien portants.

Ce n'est que de nombreuses années plus tard, avant le début des troubles actuels, en 1929, que le malade devait présenter une nouvelle dépression avec dipsomanie.

Depuis 1929, le malade n'a jamais été guéri complètement, mais à chaque séjour dans le service, il s'améliorait au bout de quelques mois et pouvait rentrer chez lui. Il fit ainsi quatre séjours au cours des années 1934, 1935, 1937 et 1938. Une fois, il est venu lui-même demander



son internement, se sentant poussé par ses voix à se suicider, et nous priant de le protéger contre lui-même.

En dehors de ces divers troubles psychiques, le malade souffre de troubles somatiques qui semblent de plus en plus accentués. C'est d'abord une *fatigue extrême* qui augmente très nettement à l'effort. Si le malade reste immobile, il ne sent qu'une fatigue générale, s'il veut se lever et s'occuper, il ressent des vertiges, puis une sensation d'obnubilation, lui donnant l'impression « qu'il va devenir fou », qu'il « perd conscience ».

Il accuse, en outre, des céphalées parfois intenses. Enfin il ressent souvent des douleurs au creux épigastrique et une angoisse, avec gêne pour respirer, coexistant avec une anxiété morale.

L'examen neurologique est négatif, mais l'examen cardio-vasculaire donne les résultats suivants.

A l'auscultation du cœur, bruits sourds, premier bruit un peu prolongé. Le pouls est lent et oscille aux environs de 50.

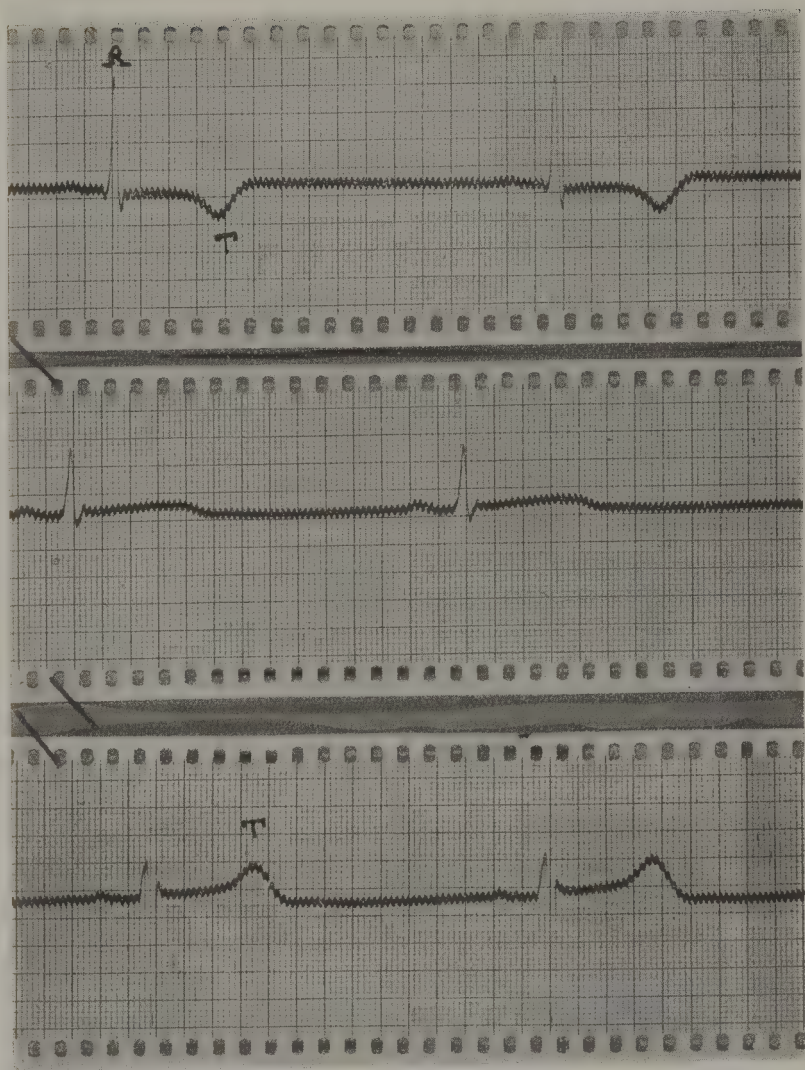
Mais c'est surtout l'*électrocardiographie* qui révèle, chez ce malade, un trouble très important de la conductibilité du faisceau de His. L'aspect de la courbe électrocardiographique reproduit ci-dessous est, en effet, celle d'un blocage décrit classiquement sous le nom de « bloc des branches » et récemment sous le nom de « bloc septo-ventriculaire ». Cet aspect anormal a été retrouvé identique au cours d'examens répétés, et n'a pas été modifié par le repos absolu.

Rappelons à ce sujet que, normalement, la propagation de l'influx dans le myocarde se fait à partir du sinus en passant par le nœud d'Aschoff-Tawara, d'où il gagne le faisceau de His et ses branches de divisions pour arriver aux arborisations terminales dans la masse myocardique.

On dit qu'il y a « blocs » quand la conduction de l'influx est perturbée. Les blocs peuvent être souvent le siège de la lésion auriculaire, auriculo-ventriculaire, intra-ventriculaire. Ce sont ces derniers qu'on appelle « blocs des branches ».

En réalité, à la suite des travaux de Oppenheimer et Pardu, de Barker, de Roberti, de Wilson en Amérique, et des belles recherches de Géraudel et de Lian en France, on considère qu'il y a lieu de réviser la conception classique de la séparation des blocs en blocs de branche droite et blocs de branche gauche. Il y a à cela trois arguments :

a) *Arguments anatomiques* : le faisceau de His se termine dans la cloison intra-ventriculaire et ne présente pas deux branches de bifurcation (Géraudel).

De haut en bas  $D_1$ ,  $D_2$ ,  $D_3$ 

*b) Arguments cliniques :* ce que l'on appelait bloc des branches droites se rencontre au cours d'atteintes touchant avant tout le myocarde ventriculaire gauche.

*c) Arguments graphiques :* la lésion des terminaisons du faisceau de His dans un ventricule entraîne vraisemblablement un retard dans la contraction de ce ventricule par rapport à l'autre.

Cet asynchronisme peut être mis en évidence en tablant sur le retard du pouls carotidien qui doit être plus grand que le retard physiologique en cas de bloc de branche gauche.

Or, c'est le bloc classique de branche droite qui s'accompagne de ce retard, et non le bloc classique de branche gauche.

Ainsi on est conduit, avec Lian, à abandonner la terminologie classique de bloc des branches et à la remplacer par celle de bloc septo-ventriculaire. Le cas que nous présentons correspond à un bloc septo-ventriculaire gauche, ancien bloc de la branche droite. Il est, en effet, caractérisé par l'amplitude de l'accident principal du complexe ventriculaire positif en D<sub>1</sub>, négatif en D<sub>3</sub> et dont la phase terminale, l'onde T, est de sens inverse de l'accident initial dans ces deux dérivations. Il n'y a pas d'élargissement de la base de R.

Il s'agit d'un bloc fixe que nous avons retrouvé à plusieurs mois de distance.

*En résumé*, il s'agit d'un malade qui, sur un fond de dépression périodique, présente, depuis 9 ans, des hallucinations surtout psychiques, accompagnées parfois d'automatisme mental type G. de Clérambault. Les phénomènes hallucinatoires sont à peu près purs. Le malade n'émet aucune idée délirante, aucun syndrome d'influence. Nous lui avons demandé d'où venaient ses voix. Il nous a répondu « qu'elles étaient dans sa tête, que c'était dans sa pensée, comme de l'imagination ». Il est rare de voir persister une telle critique des phénomènes hallucinatoires.

Le contenu de ces hallucinations exprime très nettement la pensée profonde du malade. C'est ce qu'il a fort bien remarqué en disant « les voix forment mes pensées ». Ces pensées et ces hallucinations représentent presque toujours des idées d'indignité et se rattachent bien à l'état dépressif. Le malade nous a dit maintes fois que ses accès dépressifs le poussaient à la masturbation, et que cette pratique le déprimait fortement et qu'il en avait honte, notamment vis-à-vis de sa femme. Cette honte est telle par moments, qu'il pense qu'il mériterait de disparaître. On comprend fort bien ainsi la genèse psychologique et le sens du contenu des hallucinations. C'est pourquoi ce cas nous a paru devoir être rapproché des « troubles de la contention de la pensée intérieure », étudiés récemment par l'un de nous (1).

(1) H. BARUK. — *Psychiatrie médicale, physiologique et expérimentale*, p. 507 à 585.

Mais il reste à déterminer la cause de ces hallucinations. Le malade souffre de nombreux malaises céphaliques (céphalée, vertiges, tous troubles nettement accentués par l'effort). Enfin l'examen cardiologique met en évidence un trouble grave de la conductibilité et du fonctionnement myocardique.

Quelle signification devons-nous attribuer à un tel trouble de conductibilité ? Sans doute pourrait-on se demander s'il ne s'agit pas là simplement d'une coïncidence, et si l'atteinte cardiaque ne reste pas isolée et sans rapport avec les troubles psychiques ? S'il existe quelques cas de bloc septo-ventriculaires découverts chez des sujets paraissant normaux, ces faits restent néanmoins exceptionnels. En général, la lésion du système de conductibilité cardiaque s'accompagne de perturbations vasculaires plus ou moins étendues, de perturbations humorales locales liées parfois à un processus toxique, de modifications plus ou moins diffuses de l'appareil nerveux intra ou extra-cardiaque.

On peut donc se demander si de pareilles perturbations du régime circulatoire ne retentissent pas sur la circulation cérébrale, et, à ce point de vue, les céphalées, les vertiges, les nombreux malaises céphaliques notés chez notre malade sont à rapprocher de cette interprétation et ces diverses constatations ouvrent ainsi une série de perspectives physio-pathologiques qu'il nous a semblé intéressant d'évoquer.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Puisque le D<sup>r</sup> Géraudel a bien voulu accepter l'invitation que lui fit notre Secrétaire général d'assister à la séance, je le prie de bien vouloir nous donner son opinion sur ce cas.

M. GÉRAUDEL. — Le tracé est un tracé de bradycardie sinusale, les oreillettes et les ventricules battent lentement, mais restent couplés. Cette bradycardie est comparable par exemple à celle déterminée par une compression oculaire.

Il n'est pas rare de voir une pareille bradycardie faire place de temps à autre à une bradyventriculie par dissociation auriculo-ventriculaire.

Au point de vue morphologique, il faut retenir l'inversion de T dans la seule dérivation I. On peut discuter sur la pathogénie de cette anomalie, mais on s'accorde généralement à la considérer comme un signe devant faire suspecter la valeur fonctionnelle du myocarde.



M. CHATAGNON. — Le cas très curieux et très intéressant présenté par MM. Baruk et Racine pose le problème passionnant des troubles psychiques des cardiaques qu'avec M. Brosse, P. Scherrer et C. Chatagnon, nous étudions depuis plusieurs années.

Dans ce beau cas de bradycardie sinusale régulière, s'accompagnant d'inversion de T en D<sub>1</sub> chez un sujet déprimé et extrêmement fatigable, on est frappé, en effet, par l'intensité des troubles psychiques et leur coexistence avec des troubles myocardiques. Avec les présentateurs, je pense qu'il y a certainement une relation directe entre la cardiopathie et le syndrome mental. Pour ma part, il m'a été donné d'observer des cas comparables et chaque fois l'on notait des troubles psychiques variables dont la dominante était : ou la dépression, ou l'anxiété, et parfois des troubles psycho-sensoriels. Chaque fois, il y avait ralentissement du courant circulatoire ou entrave partielle à celui-ci (par coronarite vraisemblablement) et tension artérielle basse. Il y aura grand intérêt à suivre, et l'évolution psychique de ce sujet et l'évolution des manifestations cardio-vasculaires sur de nouveaux tracés électrocardiographiques qui préciseront le devenir de cette bradycardie, sa dissociation possible et la part que pourra prendre l'ischémie myocardique.

#### **L'électrocardiographie dans les maladies mentales, par MM. H. BARUK et M. RACINE.**

L'une des préoccupations dominantes, lorsqu'on se trouve en présence du problème biologique et physiopathologique des psychoses, est de pouvoir utiliser des tests biologiques, précis, sûrs, et dont les modifications aient une valeur indubitable. Il faut surtout qu'il s'agisse de tests assez fixes et assez constants, qui restent à l'abri des oscillations émotives ou de l'action de la volonté. C'est dans ce but que nous nous sommes adressés à l'électrocardiographie.

Avant d'indiquer les résultats de nos recherches poursuivies depuis plus de deux ans à la Maison Nationale de Saint-Maurice, il est indispensable de rappeler quelques notions essentielles sur la valeur sémiologique de l'électrocardiographie.

Celle-ci peut enregistrer deux ordres de modifications :

Tantôt il s'agit de modifications quantitatives portant, par exemple, sur l'accélération ou le ralentissement du rythme car-



diac. Ces modifications, pouvant être l'effet des causes les plus banales, n'ont vraiment de valeur que si elles sont accentuées et durables. En pareil cas, toutefois, l'électrocardiographie n'apporte rien de très spécial, et ne constitue qu'un procédé d'enregistrement graphique perfectionné, mais ne donnant guère plus d'indications que la sphygmographie.

Tantôt, au contraire, il s'agit de *modifications qualitatives* portant sur la forme des divers accidents de la courbe en rapport avec chaque contraction cardiaque. Ces modifications qualitatives ont une valeur considérable.

En effet, la forme de la courbe électrocardiographique constitue *une remarquable constante de l'individu* : elle reste rigoureusement fixe au cours des divers âges de l'existence. Cette fixité est telle que, dans certains pays, on utilise l'électrocardiographie pour établir des fiches anthropométriques.

Ce tracé électrocardiographique ne peut être modifié à l'état pathologique que dans les maladies du cœur, parfois dans certaines lésions organiques du système nerveux central, et enfin dans certains syndromes endocriniens.

Il était donc du plus haut intérêt d'étudier systématiquement l'électrocardiographie dans les maladies mentales. Nos études sur ce sujet ont d'abord été publiées en ce qui concerne le pithiatisme et la catatonie. Nous les avons ensuite étendues à des syndromes variés, et c'est le résultat général de ces recherches que nous rapportons aujourd'hui.

Nos recherches ont porté sur 30 malades atteints des syndromes qui se répartissent de la façon suivante :

1) Accès catatoniques aigus .....	7 cas.
2) Syndromes hébéphréniques ou hébéphrénocatatoniques. ....	6 —
3) Syndromes paranoïdes .....	2 —
4) Cyclothymie .....	3 —
5) Psychose hallucinatoire .....	3 —
6) Epilepsie .....	2 —
7) Démence sénile .....	1 —
8) Syndromes organiques (P.G., sclérose en plaques) ....	2 —
9) Psychasthénie .....	1 —
10) Accidents pithiatiques .....	3 —
<hr/>	
Total .....	30 cas.

Nous avons tenu, chez ces divers malades, à répéter de nombreuses fois les examens, suivant l'évolution clinique et mentale, suivant les variations spontanées de l'aspect du malade, suivant

aussi les variations thérapeutiques, les modifications affectives, etc..., etc... Il nous paraît extrêmement important de répéter ces examens dans le temps, au cours de semaines, de mois, ou même d'années.

Nous examinerons successivement les modifications quantitatives et les modifications qualitatives décelées.

A) MODIFICATIONS QUANTITATIVES. NÉVROSES ET PSYCHOSES TACHYCARDIQUES. — Notre attention a été attirée de longue date sur certaines corrélations psycho-vasculaires (1), notamment sur des tachycardies parfois impressionnantes, accompagnant divers syndromes névropathiques ou psychopathiques. C'est ainsi que nous suivons, depuis plusieurs années, un malade atteint de troubles cénesthopathiques avec autisme, troubles du caractère et en même temps d'une tachycardie considérable (à plus de 200) qui, sur l'électrocardiogramme, a les caractères d'une tachycardie sinusale. Cette tachycardie ne s'atténue relativement que dans l'isolement complet, le calme absolu. Elle s'accroît formidablement dès qu'une personne, même habituelle, se trouve auprès du malade. C'est ce que nous avons désigné sous le nom de « réaction de présence ».

*Réactions émotives chez les catatoniques.* — Ces constatations nous ont incité à étudier les *réactions émotives par l'électrocardiographie* chez des sujets variés. Nous avons fait, à ce sujet, une série d'épreuves comparatives qui consistaient à provoquer une émotion par surprise (on laissait, par exemple, tomber une assiette sans que le sujet s'en aperçoive). Chez les sujets normaux, nous n'avons pas noté de modifications notables. Il en fut de même chez une série de grands émotifs, névropathes, et psychasthéniques, contrairement à ce que l'on pouvait attendre.

Par contre, chez les catatoniques, cette épreuve a donné lieu à des *réactions tachycardiques extrêmement intenses* et à de très vives réactions émotives dont l'intensité contrastait avec le faciès de mort de ces malades et leur apparente impassibilité. Ces faits confirment l'importance des *réactions émotives viscérales* parfois véritablement extraordinaires que nous avons pu mettre en évidence au niveau des appareils les plus variés dans la catatonie.

(1) On trouvera dans le livre de l'un de nous, « Psychiatrie médicale », au chapitre « Troubles psycho-vasculaires », des exemples de faits de cet ordre, notamment de modifications du rythme, de la régularité du pouls, ou de l'indice oscillométrique au cours d'accès psychopathiques avec la disparition complète de ces troubles circulatoires lorsque les troubles psychiques disparaissent.

*Tachycardie au cours d'accidents pithiatiques.* — L'occasion nous a été offerte d'étudier trois cas d'accidents pithiatiques incontestables (contracture, crises nerveuses). Dans ces trois cas, nous avons pu enregistrer par l'électrocardiographie une tachycardie manifeste et permanente pendant la durée de l'accident. Par contre, l'administration d'un cachet de scopochloralose a permis de faire disparaître simultanément et totalement la tachycardie et l'accident neurologique (1).

Il s'agit donc là d'un véritable trouble neuro-végétatif accompagnant l'accès pithiatique.

Telles sont les principales modifications qualitatives que nous avons été à même d'observer et sur lesquelles nous avons insisté à plusieurs reprises.

Tout récemment, M. Chatagnon et Mlle Brosse ont rapporté des faits très intéressants de corrélations psycho-vasculaires, notamment dans des cas de psychose hallucinatoire (2).

B) MODIFICATIONS QUALITATIVES DU COMPLEXE ÉLECTROCARDIOGRAPHIQUE : LES DÉFORMATIONS DU SOULÈVEMENT T ET LEURS VARIATIONS. — Comme nous l'avons indiqué au début de ce travail, le complexe électrocardiographique est d'une fixité remarquable chez le sujet normal. En est-il de même dans les psychoses ?

Notons tout d'abord quelques impressions qui se dégagent de l'examen d'un grand nombre de nos tracés pris chez des malades mentaux.

Ce sont d'abord de *fréquentes fibrillations musculaires*. Celles-ci tiennent, soit au fait que le malade reste contracté, soit à de nombreuses décharges musculaires. Nous reviendrons plus loin sur leur variation au cours de certaines thérapeutiques.

C'est ensuite l'existence assez fréquente de *grands complexes*, dont les accidents sont souvent, dans l'ensemble, plus accentués que ceux des sujets normaux.

En outre, on peut noter, chez certains malades, au cours de l'évolution, des *variations*, fait de la plus haute importance sur lequel nous reviendrons plus loin.

(1) Cf. H. BARUK et M. RACINE. — Tachycardie au cours de trois cas d'accidents pithiatiques. Disparition concomitante des troubles cardio-vasculaires et de l'accident pithiatique par le scopochloralose. Etude électro-cardiographique. *Revue Neurol.*, n° 1, janvier 1938.

(2) CHATAGNON, Mlle BROSSÉ, SHERRER et C. CHATAGNON. — Réactions du système végétatif neuro-vasculaire au cours d'un délire hallucinatoire chronique et de deux psychoses maniaco-dépressives. Influence des facteurs psychopathiques sur les tracés sphymographiques et électro-cardiographiques. *Soc. Méd. psych.*, février 1939.

Enfin, le complexe peut être atypique, et c'est surtout, en pareil cas, le soulèvement T qui est modifié.

*Modifications du soulèvement T dans la catatonie de l'hébéphréno-catatonie.* — Dans plusieurs publications antérieures, nous avons attiré l'attention sur la possibilité de constater, au

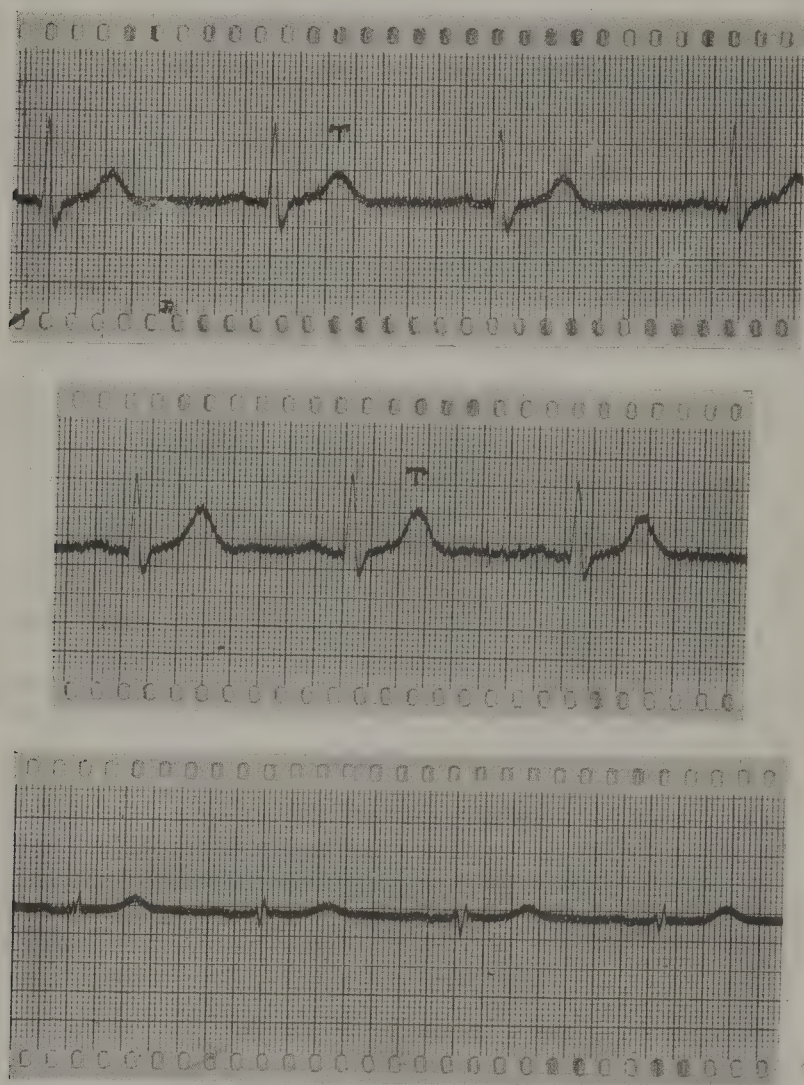


FIG. 1. — Electrocardiogramme au cours d'un accès catatonique, D<sub>1</sub>, D<sub>2</sub>, D<sub>3</sub>, de haut en bas



cours de l'accès catatonique, l'existence d'une élévation et d'un élargissement pathologique du soulèvement T.

Nous avons montré qu'on voyait apparaître le même élargissement pathologique du soulèvement T au cours de la catatonie expérimentale bulbocapnique chez le singe et chez le chien au moment de la production de la catalepsie et du négativisme (1).

Ces faits montrent donc que le myocarde participe au processus catatonique et que le trouble psycho-moteur catatonique peut être décelé en pareil cas aussi bien au niveau des muscles involontaires que dans les muscles de la vie de relation.

Nous avons montré, d'autre part, avec M. Delaville, que cette perturbation si curieuse du fonctionnement myocardique dans la catatonie peut être atténuée et réduite, aussi bien dans la catatonie humaine que dans la catatonie expérimentale, par l'insuline à petites doses. Ce traitement amène également une détente dans la raideur catatonique et une diminution très nette des fibrillations musculaires sur lesquelles nous avons insisté plus haut et qui sont si fréquentes dans les électrocardiogrammes des catatoniques (2).

Dans les *syndromes hébéphréniques*, nous avons également constaté, dans 4 cas sur 6, un soulèvement T un peu important notamment en D<sub>2</sub>.

Chez deux malades atteints de *démence paranoïde*, nous n'avons pas trouvé la même déformation pathologique. Tout au plus, chez l'un d'entre eux, le soulèvement T est-il un peu important.

Chez tous les autres malades étudiés (cyclothymiques, épilepsie, démence sénile, paralysie générale, psychasthénie, etc.), nous n'avons pas retrouvé d'aspect pathologique du soulèvement T, ni des autres éléments du complexe électrocardiographique.

Enfin, l'électrocardiographie nous a permis de constater, chez un malade atteint de psychose hallucinatoire, un *bloc des branches* très net, et chez un autre malade hébéphrénique, un élargissement des branches de T, surtout en D<sub>2</sub>, semblant indiquer un trouble de conduction de même ordre.

\*  
\*\*

(1) H. BARUK et M. RACINE. — L'électrocardiographie dans la catatonie humaine et dans la catatonie expérimentale bulbocapnique chez le singe. *Revue Neurol.*, n° 6, déc. 1937.

(2) H. BARUK, M. RACINE et DELAVILLE. — Action électrocardiographique et neuro-végétative de l'insulinothérapie dans la catatonie expérimentale bulbocapnique et dans la catatonie humaine.



En résumé, l'électrocardiographie nous paraît apporter, dans l'étude des maladies mentales, des renseignements précieux. Elle met en évidence, dans certains cas, de façon objective, un trouble fonctionnel myocardique exactement parallèle à l'atteinte mentale, trouble pouvant disparaître en même temps que l'état mental se rétablit.

Comment interpréter de tels faits ?

On pourrait se demander tout d'abord si de telles modifica-

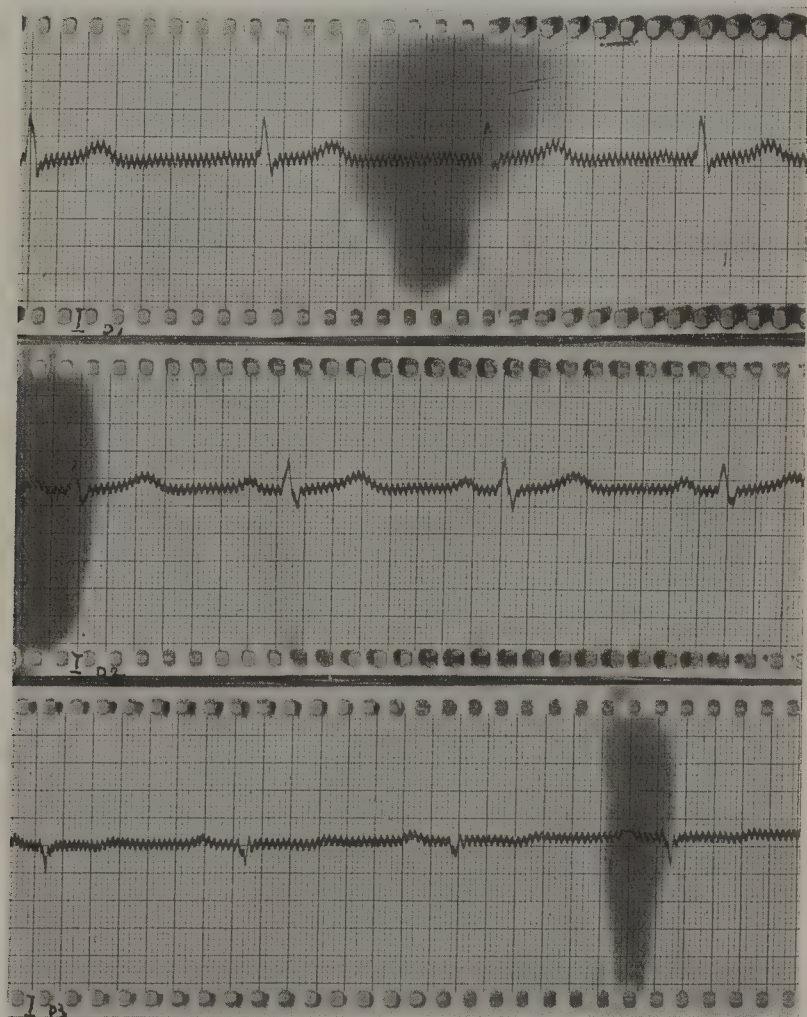


FIG. 2. — Electrocardiogramme sujet normal  
et état de résolution musculaire et de détente psychique

tions électrocardiographiques ne sont pas volontaires. A ce sujet, il est hors de doute que la volonté est incapable de modifier la forme du complexe électrocardiographique. Nous avons fait sur nous-même l'expérience suivante : après prise au repos d'un électrocardiogramme, nous avons réalisé un intense effort de volonté avec tension psychique au maximum, sans contraction musculaire toutefois. Il en résulte une accélération du cœur, mais le complexe électrocardiographique n'a absolument pas

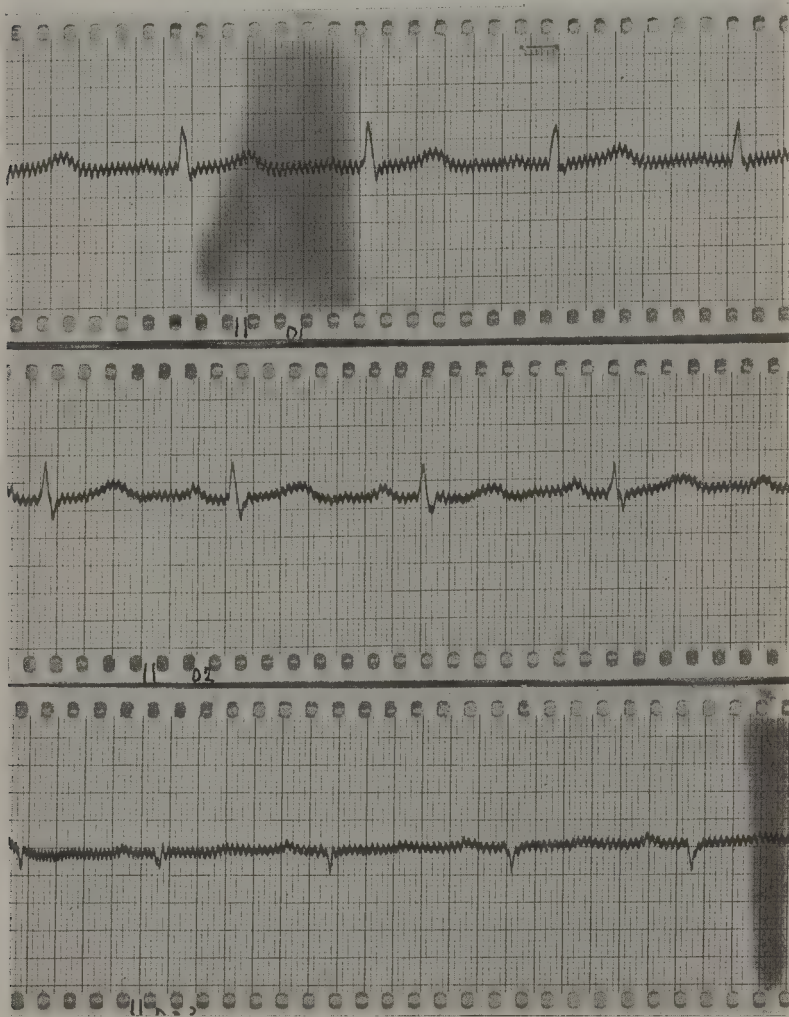


FIG. 2 bis. — Même sujet en état de tension intérieure. Tachycardie.

été modifié. Il ne le fut pas davantage au cours de contractions musculaires volontaires faites dans le but d'imiter le négativisme.

Mais, si une volonté normale est incapable de déterminer des

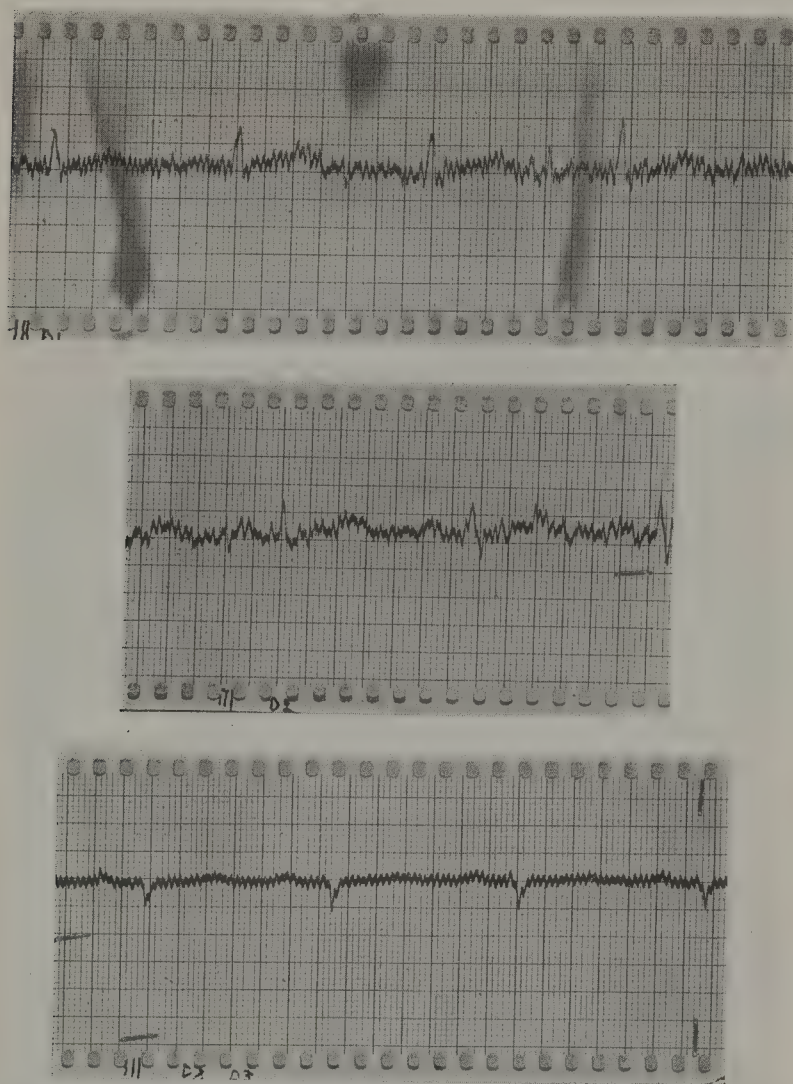


Fig. 2 ter. — Même sujet normal, D<sub>1</sub>, D<sub>2</sub>, D<sub>3</sub>. Etat de contraction musculaire et de tension intense. Nombreux courants de fibrillation musculaire. Pas de modifications de fréquence du rythme par rapport à la fig. 2 bis.



modifications du complexe électrocardiographique, on pourrait se demander si une volonté pathologique ne serait pas susceptible de réaliser de pareilles perturbations viscérales. A ce point de vue, il est parfois extraordinaire de noter les *variations* du complexe électrocardiographique suivant l'état mental. Ces variations peuvent s'observer au cours d'examens espacés par des intervalles de jours, semaines ou mois, mais dans un cas nous les avons observées d'un instant à l'autre.

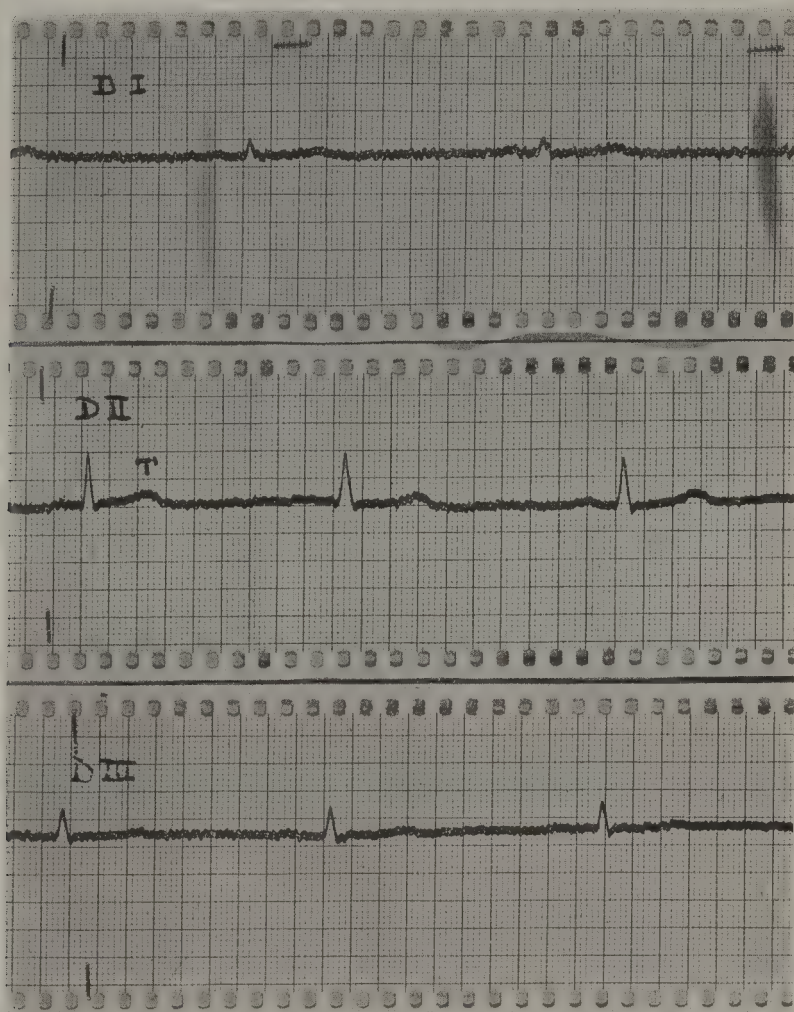


FIG. 3. — M. D... Electrocardiogramme pris lors d'un état de grande contraction catatonique

Il s'agissait d'un catatonique. Nous prenons un premier tracé, à un moment où il est très contracté et négativiste. Le soulèvement T a alors une amplitude de trois divisions et demie en  $D_1$ ,  $D_2$ ,  $D_3$ .

Quelques instants après, le malade se décontracte relativement. On reprend un nouveau tracé. L'amplitude de T n'est plus que de 1 division  $1/2$ , alors que l'amplitude des autres éléments du complexe ne s'est aucunement modifiée.

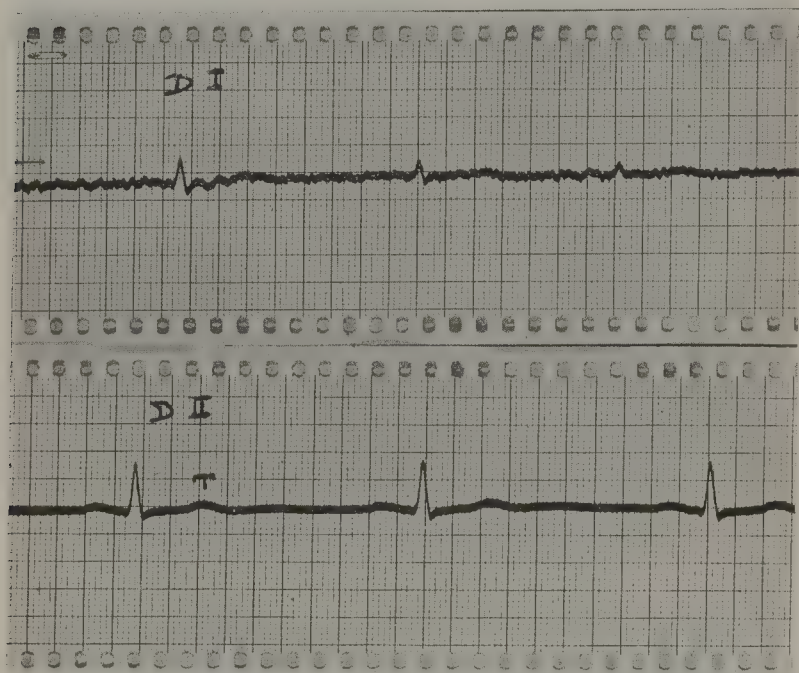


FIG. 3 bis. — Même malade. L'électrocardiogramme est pris quelques instants plus tard, après que l'on a obtenu un relâchement musculaire complet. Remarquer la diminution de l'amplitude de T en  $D_2$  ainsi que la disparition des courants de fibrillation musculaire.

Une telle constatation renverse toutes les lois habituelles de l'électrocardiogramme, dont on sait l'extrême fixité. Comment la comprendre ?

Doit-on admettre que, dans certaines conditions pathologiques, le sujet se trouverait posséder des possibilités d'action sur son fonctionnement vasculaire insoupçonnées chez le sujet nor-



mal ? On connaît, à ce sujet, les travaux de Laubry et Mlle Brosse sur les modifications électrocardiographiques chez les Yoquis de l'Inde, à la suite d'un entraînement spécial de la volonté.

Faisons remarquer toutefois qu'il n'est nullement démontré que les constatations si paradoxales observées chez de tels sujets relèvent d'une action volontaire. Au contraire, ces Yoquis arrivent, semble-t-il, par un entraînement spécial, non à tendre vraiment leur volonté, mais à inhiber celle-ci. C'est également une inhibition de la volonté qui se produit chez nos catatoniques. Il semble que l'engourdissement spécial qui se produit chez eux de l'action psycho-motrice volontaire puisse coexister avec une libération de certaines fonctions organiques. Mais il n'est nullement prouvé que ces libérations organiques ou viscérales soient, en pareil cas, purement d'origine psychique. Il paraît plus vraisemblable d'admettre que les mêmes causes, notamment les causes toxiques, qui déterminent l'inhibition psycho-motrice, retentissent en pareil cas également sur le fonctionnement neuro-végétatif et myocardique. La constatation de la même déformation du complexe électrocardiographique dans la catatonie clinique et la catatonie expérimentale plaide dans ce sens.

M. CHATAGNON. — J'ai suivi, avec un vif intérêt, la belle présentation de MM. Baruk et Racine. Nous devons trouver, dans les enregistrements graphiques comme dans les recherches physico-chimiques appliquées à la médecine du système nerveux, des appoints précieux pour l'étude des syndromes mentaux.

Dans un travail fait avec mes amis Th. Brosse, M.-P. Scherrer, basé environ sur trois cents examens électrocardiographiques, nous avons classé les cas en deux catégories : Les psychopathes porteurs de lésions cardio-vasculaires et ceux qui en sont indemnes. Sur les premiers, nous avons suivi l'évolution de la cardiopathie et du trouble mental, et leur retentissement. Sur les seconds, nous avons recherché les modifications subies par l'électrocardiogramme sous l'influence de la psychopathie et des différentes phases d'une même psychopathie. En gros, dans ce dernier cas, nous pouvons dire que les modifications ont porté essentiellement sur le rythme. Quant aux modifications de l'onde T, on les observe, sans nul doute, mais nous resterons très prudents sur leur interprétation.

M. OLIVIER. — A l'occasion de l'intéressante communication de M. Baruk, je me permets de signaler que, nous inspirant des

recherches pratiquées par M. Géraudel dans le service du Professeur Claude, le D<sup>r</sup> Boisin, cardiologue à Tours, et moi, nous avons soumis à l'examen électrocardiographique des malades schizophrènes traités par l'insuline et par le cardiazol. Je retiens en particulier deux jeunes hommes de 27 ans, ayant subi préalablement, il y a dix-huit mois, un traitement insulinique dont l'un avait tiré un bénéfice certain, durable, mais qu'une fièvre typhoïde a fait fléchir depuis, et l'autre aucun résultat appréciable.

Les doses de cardiazol étaient, chez l'un, de 50 cm., chez l'autre, de 90 cm. Le tracé électrocardiographique pris en 2<sup>e</sup> dérivation avant, pendant et après l'injection reste éminemment instructif. Nous avons constaté surtout, pendant l'injection de la tachyrythmie sinusale, une tendance à un léger aspect en cuvette déjà mentionné par M. Joly, sans aucune altération de l'onde T, avec ébauche cependant d'extrasystoles chez l'un des sujets. Ces indications paraissent suggestives en faveur de la poursuite du traitement.

M. GÉRAUDEL. — Comme je l'ai rapporté dans un article des *Archives des Maladies du cœur* du 8 août 1938, je n'ai trouvé que 2 fois sur 21 malades examinés, à la Clinique de Sainte-Anne, une inversion de T, après injection thérapeutique de cardiazol chez des schizophrènes.

La séance est levée à 11 heures 15.

*Le Secrétaire des séances :*

Paul CARRETTE.

---

Séance du Lundi 27 Mars 1939

---

Présidence : M. LAIGNEL-LAVASTINE, président

---

### Adoption du procès-verbal

Le procès-verbal de la séance du 9 février 1939 et le procès-verbal de la séance du 27 février 1939 sont adoptés.

### Correspondance

M. Paul COURBON, *Secrétaire général*. — La correspondance manuscrite comprend :

une lettre du D<sup>r</sup> H. ROGER, professeur de clinique neurologique à la Faculté de médecine de Marseille, qui remercie la Société de l'avoir élu *membre titulaire* ;

des lettres des D<sup>rs</sup> BEAUSSART, médecin-chef de l'hôpital psychiatrique de Villejuif, GAUTHIER, professeur agrégé au Val-de-Grâce, et LE SAVOUREUX, médecin-directeur de la maison de santé de la Vallée-aux-Loups, qui remercient la Société de les avoir élus *membres titulaires* ;

une lettre du D<sup>r</sup> J. DELAY, médecin des hôpitaux de Paris, qui remercie la Société de l'avoir élu *membre correspondant national* ;

une lettre du D<sup>r</sup> DUBLINEAU, médecin-chef des hôpitaux psychiatriques de la Seine, qui pose sa candidature à la place de *membre titulaire* déclarée vacante ; la Société désigne une Commission composée de MM. ALLAMAGNY, HEUYER, LEROY, TARGOWLA, VURPAS, pour l'examen de cette candidature ; le vote aura lieu à la séance du lundi 24 avril 1939 ;

une lettre du D<sup>r</sup> HANDELSMAN, médecin-chef de l'hôpital psychiatrique de Varsovie, qui demande à faire partie de la Société comme *membre associé étranger* ; une Commission composée de MM. COURBON, GUIRAUD et MINKOWSKI, est désignée pour l'examen de cette candidature ; le vote aura lieu à la séance du lundi 24 avril 1939.

### Election de trois membres correspondants nationaux

Après lecture d'un rapport de M. G. COLLET, au nom d'une Commission composée de MM. COLLET, COURBON et POROT, il est procédé au vote :

Nombre de votants .....	24
Majorité absolue .....	13

Ont obtenu :

M. BARDENAT .....	24 voix.
M. ROUGEAN .....	24 —
M. FORTINEAU .....	23 —

MM. les D<sup>rs</sup> BARDENAT, FORTINEAU et ROUGEAN sont élus *membres correspondants nationaux* de la Société médico-psychologique.

### Date de la première séance d'avril

Plusieurs membres ayant exprimé le désir de voir déplacer la date de la première séance d'avril, qui, aux termes du règlement et des décisions déjà prises, a été fixée au premier jeudi après Pâques, le Président propose que la date de cette séance soit reportée au jeudi 20 avril. Cette proposition est adoptée à l'unanimité.

### Ordre du jour de la séance du 26 juin 1939

Conformément au désir exprimé par la Société, sur la proposition du D<sup>r</sup> DEMAY, le 23 janvier dernier, la question des services ouverts de psychiatrie figurera à l'ordre du jour de la séance du 26 juin prochain.

---

## COMMUNICATIONS

**Maladie exostosante héréditaire et familiale chez un jeune arriéré,** par MM. M. BRISSOT, MISSET et J. MAILLEFER. (présentation du malade et des radiographies).

Il peut paraître suranné de revenir sur la question bien étudiée des exostoses ostéogéniques multiples, dont nombre d'auteurs ont souligné le caractère héréditaire. Nous nous permettons de le faire aujourd'hui, car nous avons l'occasion de vous présenter un jeune garçon, remarquable à la fois par l'apparition précoce et le développement considérable de ses lésions. L'intérêt de ce cas est encore accru par l'existence, chez la sœur du sujet, de troubles semblables, d'égale intensité et à localisation à peu près identique.

Le jeune S. R. est âgé actuellement de 18 ans et demi et se trouve à la Colonie de Vaucluse depuis le 31 juillet 1937. Auparavant, il est resté trois ans à l'Institut d'Asnières (1932-1935) et a fait un séjour de trois mois, en 1936, au Centre de neuropsychiatrie infantile.

Il s'agit, en effet, d'un arriéré moyen, perfectible, n'ayant aucun trouble du caractère (enfant très docile), et dont le niveau intellectuel, inférieur à ce qu'il semble au premier abord, répond à un âge d'intelligence d'environ 9 ans. A cet état d'arriération intellectuelle *correspond* un retard scolaire analogue.

Mais le sujet n'est pas seulement un déficient mental, il est également un infirme physique du fait de multiples déformations ostéogéniques.

Les premières lésions osseuses ont été aperçues, chez lui, dès l'âge de trois ans ; c'est seulement deux années plus tard que ses parents s'inquiétèrent des déformations consécutives des membres. Le Wassermann et la cuti-réaction étant négatifs, elles furent attribuées, selon la mère, au rachitisme. La possibilité d'une tuberculose osseuse dut être envisagée du fait des exostoses, puisque S. R. fut envoyé au sanatorium marin de Kerpape ; il en revint en parfaite santé, mais sans avoir vu diminuer ses lésions ostéogéniques.

Disons de suite que le crâne, la face et les vertèbres sont indemnes de toutes exostoses ou déformations. Celles-ci sont localisées, après contrôle radiographique, au reste du squelette avec prédominance à droite et entraînent une certaine maladresse des bras (mains botes cubitales) et de la démarche (genu valgum gauche).

*Crâne* : pas d'élargissement de la selle turcique.

*Clavicules* : exostoses en crochet des extrémités externes ; petites saillies au niveau de la partie interne de la clavicule droite.



*Omoplates* : proéminentes, surtout au niveau de l'angle inférieur ; on constate plusieurs exubérances sur les bords supérieur et externe.

*Côtes* : déformations des corps des 3<sup>e</sup>, 4<sup>e</sup> côtes, et épine sur le bord



FIG. 1. — Extrémité supérieure de l'humérus droit

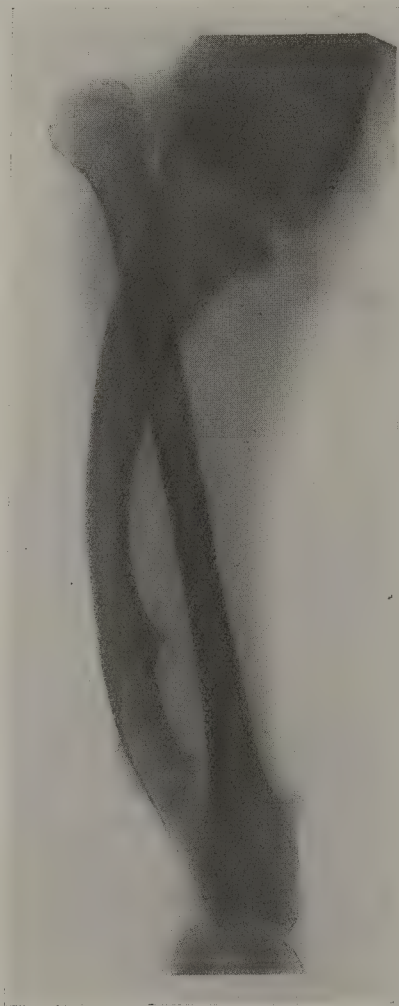


FIG. 2. — Avant-bras droit

supérieur de la 6<sup>e</sup> à droite ; épaissement du corps des 2<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup> côtes gauches. Tuméfactions des extrémités antérieures et cartilagineuses des 2<sup>e</sup>, 3<sup>e</sup>, 4<sup>e</sup>, 5<sup>e</sup> et 6<sup>e</sup> côtes, surtout à gauche.

*Humérus* : à droite, le tiers supérieur est tuméfié ; au point externe

le plus saillant, on trouve un éperon pointu en porte-manteau renversé (*voir figure 1*).

A gauche, il existe la même tuméfaction à un degré moindre.

*Coudes* : luxation du radius droit (*voir figure 2*).

*Cubitus et radius* : à droite, incurvation importante du cubitus qui est raccourci ; terminaison en fer de lance de l'extrémité inférieure de cet os, qui n'atteint pas le poignet. Exostoses dans le tiers inférieur de la diaphyse.

Le radius présente à son extrémité inférieure un bec interne, qui entre en contact avec le fer de lance ; du côté externe existe également une sorte de crochet (*voir figure 2*).

A gauche : on rencontre la même disposition, mais moins accentuée. L'extrémité inférieure du cubitus est seulement renflée et elle est moins éloignée du poignet ; il existe une saillie latérale externe dans le tiers inférieur de la diaphyse.

Si l'extrémité inférieure du radius, tuméfiée, présente des becs bilatéraux, on remarque seulement une petite exostose dans la partie supérieure de cet os.

Ces déformations osseuses entraînent l'existence d'une main bote cubitale, plus marquée à droite, en raison de l'importance prépondérante des lésions de ce côté.

*Mains* : il existe de nombreuses saillies sur les extrémités supérieures et inférieures des métacarpiens, ainsi que sur la phalange proximale du médus, de l'annulaire et de l'auriculaire droits ; le médus du même côté est totalement tuméfié. Petits éperons au niveau des phalangines. A gauche, déformations multiples de la phalange de l'annulaire ; saillies au niveau des extrémités supérieures des phalangines des cinq doigts et des phalangettes des pouce et auriculaire.

*Bassin* : épaissement diffus, mais les trois pièces sont encore séparées.

*Fémurs* : élargissement de l'extrémité supérieure à gauche ; éperons diaphysaires en porte-manteau des deux côtés, mais principalement dans la région inférieure à droite (*voir figure 3*).

*Tibias et péronés* : volumineuses exostoses bilatérales, plus prononcées à droite et descendant des extrémités supérieures des deux os vers le bas ; exubérances des extrémités inférieures ; en outre, au niveau du tibia droit, aspect de porte-manteau renversé dans la partie supérieure et éperon dans le tiers inférieur ; exostose dans la partie moyenne de la diaphyse. Même aspect de crochet renversé au niveau de l'extrémité inférieure du tibia gauche.

*Pieds* : plusieurs saillies sur la face externe des calcanéums ; tuméfaction postérieure des 1<sup>er</sup> et 5<sup>e</sup> métatarsiens gauches et du 2<sup>e</sup> à droite. Exubérance des extrémités antérieures des premiers métatarsiens qui entraîne les premiers orteils obliquement en dehors ; à gauche, il existe encore un crochet renversé du côté interne.

L'étude radiologique du squelette par le Dr Misset met donc en évidence des exostoses ostéogéniques parfois considérables au voisi-

nage des zones d'accroissement de presque tous les os à développement cartilagineux. Elles obéissent à la règle d'*Ollier*. C'est ainsi que, sur les membres, les masses importantes se rencontrent près des genoux et loin des coudes.

La pluralité des localisations permet sur ce même sujet d'observer des types différents de prolifération à des stades variés. La partie inférieure des fémurs donne des images dites en porte-manteau, à cause de la présence d'épines montantes, grêles, allongées, tandis que la partie supérieure des humérus prend un caractère massif.

Les cartilages conjugaux sont bordés par des lèvres très irrégulières dans toutes les régions atteintes.

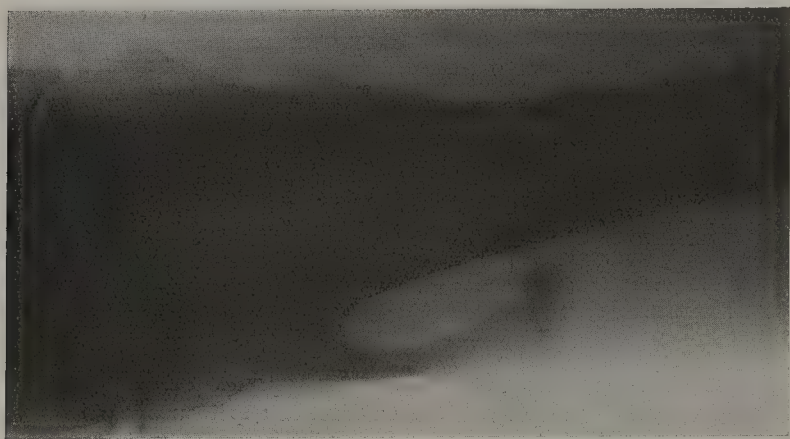


FIG. 3. — Extrémité inférieure du fémur droit

L'obstacle apporté au développement des os ne se traduit pas par une brièveté diaphysaire générale. Les tibias et les péronés ont une longueur suffisante, même dans le segment le plus court (car les deux côtés sont inégaux). Par contre, les métatarsiens, les métacarpiens, les phalanges sont représentés par des éléments courts et trapus.

Les différences d'activité dans la marche des processus occasionnent un défaut de symétrie dans l'aspect des os appartenant aux mains et aux pieds, à la même rangée.

En outre, elles déterminent, aux avant-bras et aux jambes, des accidents d'ordre secondaire, dont un bel exemple est réalisé au coude droit, où l'on constate une importante luxation du radius.

Celle-ci est due à la disproportion de cet os avec le cubitus, dont la longueur, relativement faible, se trouve encore réduite par une incurvation.

Il n'existe nulle part de soudure prématurée.

Au contraire, sur le bassin, dont les lésions très accusées se tra-

duisent surtout par un épaississement diffus, les trois pièces sont encore séparées.

Il n'est peut-être pas sans intérêt de noter que certains détails viennent à l'appui de l'opinion d'Ombrédanne au sujet de l'origine des exostoses ostéogéniques, qu'il localise dans l'os jeune et non dans le cartilage de conjugaison.

Chez notre malade, une exostose en crochet se détache des clavicules sous leur extrémité externe en un point où, précisément, il n'y a pas de cartilage.

Nous insisterons enfin sur le fait remarquable que ces lésions ostéogéniques, à pénétration profonde dans les plans mous, sont assez bien supportées malgré leur étendue, puisque les troubles fonctionnels, qui en résultent au niveau des bras et dans la démarche, sont peu importants.

Différents examens biologiques et anatomo-pathologiques ont été effectués chez le jeune S... R...

Dans le sang, les réactions de Wassermann, Meinicke et Kahn sont négatives ; le taux d'urée est de 0,25 ‰ ; la teneur en calcium dans le sérum sanguin correspond à 0,080 et celle de la phosphatase à 32 unités Cayla.

L'analyse du liquide céphalo-rachidien donne les résultats suivants : albumine, 0,20 ; Pandey et Weichbrodt, 0 ; leuco., 0,4 ; benjoin, 00000.22221.00000 ; Bordet-Wassermann et Meinicke négatifs.

Le métabolisme de base est à + 23 ‰ et l'endocrinodiagramme effectué par le Dr Ferrier montre de dysfonction des glandes situées dans la région thyro-parathyroïdienne (voir figure 4).

Une ostéite tuberculeuse, dépistée depuis mai 1938, au niveau d'une exubérance du premier orteil gauche, nous a donné l'occasion de pratiquer, lors d'un grattage osseux, des biopsies, dont l'interprétation donnée par le Dr Marchand est la suivante :

L'examen anatomo-pathologique de la pièce, prélevée au niveau de la lésion bacillaire, a montré un os spongieux avec moelle osseuse présentant des nodules inflammatoires. A la périphérie de la pièce existait une masse caséuse avec formation de nouvelles couches osseuses ; pas de cellules géantes.

Une seconde biopsie au niveau d'une exostose malléolaire saine avait été faite simultanément et montrait un ostéophyte avec moelle osseuse présentant les mêmes caractères de nodules inflammatoires que ci-dessus et paraissant être une réaction ostéoblastique due au même processus.

Les diverses constatations signalées précédemment nous ont permis d'éliminer la maladie osseuse de Recklinghausen. En effet, le jeune S. R. n'a jamais eu de fractures quelconques. Les images radiographiques n'ont pas l'aspect moucheté, ainsi qu'il en advient lorsqu'il

existe de l'ostéite fibreuse ; elles n'ont pas révélé également de cavités pseudo-kystiques. Enfin, l'examen anatomo-pathologique n'a pas décelé la présence de cellules géantes, comme cela se voit dans les productions tumorales.

Les antécédents héréditaires de notre malade sont les suivants : enfant né à terme, mais pesant seulement cinq livres, et pour qui la mère a dû être accouchée au forceps. Il a toujours été délicat depuis sa naissance et a contracté plusieurs maladies de l'enfance (coqueluche, diphtérie, rougeole compliquée de broncho-pneumonie).

S. R. a une sœur, d'un lit différent, de cinq ans son aînée, et comptable de métier ; à sa naissance, on dut employer également les

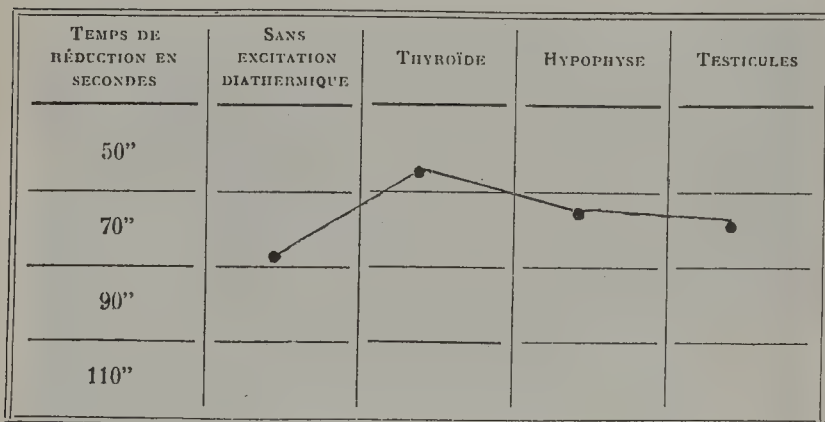


FIG. 4

fers. Elle est mariée depuis un an et demi et a donné naissance, en août 1938, à un garçon : son bassin étant canaliculé, il fut indispensable d'avoir recours à une césarienne (voir Olbinsky, thèse de Paris, 1938). Son hospitalisation a permis de constater, à cette occasion, chez elle aussi, l'existence de la maladie ostéogénique, qui présente des localisations identiques et apparues dès l'âge de 6 ans. Elle est aussi atteinte que son frère ; les bras et les omoplates sont principalement touchés. En raison de ces exostoses, mises sur le compte d'une tuberculose osseuse, elle fut envoyée, tout à fait au début de son affection, au sanatorium marin de Pen-Bron, mais ce séjour n'empêcha pas ses lésions de s'accroître. Jusqu'ici, la tolérance en avait été remarquable, mais elle commencerait à éprouver actuellement une gêne motrice : c'est ainsi qu'elle ne peut plus se baisser pour attacher ses chaussures. Son enfant fut radiographié à la Maternité, où l'on ne trouva aucune déformation osseuse ; la grand'mère, qui nous a fourni ces détails, ne s'en étonne d'ailleurs pas, en raison de l'apparition plus tardive des troubles chez ses deux enfants (3 ans et 6 ans).



Le père, qui est séparé de sa femme, a 64 ans ; gazé et pensionné de guerre à 50 %, il avait pris des habitudes d'intempérance dès 1925, donc après la naissance des deux enfants. Il n'aurait jamais été atteint de tuberculose, ni contracté de syphilis, aux dires de son épouse ; celle-ci précise encore qu'elle ne connaissait pas d'altérations osseuses semblables chez son ex-mari, ou tout parent de la lignée paternelle.

Dans ces conditions, nous nous sommes attendus à retrouver les mêmes lésions du côté de la mère, en raison du mode continu de l'hérédité ; on retrouve le plus souvent la maladie chez l'un des parents, quand l'affection touche plusieurs frères ou sœurs.

Cette femme, pas très intelligente, butée, et âgée de 46 ans, cherche à éviter les explications, dès qu'on la questionne sur ce sujet. Ce n'est qu'à force d'insistance et de persuasion qu'elle accepte de renseigner quelque peu sur sa famille et qu'elle se laisse examiner, et encore très superficiellement. Ses parents n'auraient jamais présenté de malformations osseuses ; son père serait mort au cours d'une crise d'asthme et sa mère à l'occasion d'une intervention chirurgicale. Deux grand'tantes seraient décédées d'un cancer abdominal. En ce qui la concerne, le genou gauche est un peu déformé et les deux os de son avant-bras du même côté sont très exostosés ; ces déformations ne la gênent pas dans l'exercice de son métier de femme de ménage. Il est probable qu'elle présente également une conformation vicieuse du bassin, puisqu'on employa le forceps pour chacun de ses accouchements. D'ailleurs, la sage-femme, qui l'avait alors assistée, avait bien remarqué les exostoses, mais, réticente déjà à cette époque, Mme S. les expliquait par des fractures multiples.

La mère est donc également atteinte de maladie exostosante, mais elle cherche à dissimuler qu'elle a transmis celle-ci à ses deux enfants.

Cette observation est intéressante à plusieurs points de vue. Elle montre tout d'abord que l'hérédité continue est conforme à la règle générale du mode d'hérédité dans la maladie exostosante. Elle permet également de constater que cette affection s'est accompagnée chez notre sujet de débilité intellectuelle et qu'il existe chez lui une dysfonction des glandes thyro-parathyroïdiennes. Le métabolisme basal est, en effet, *augmenté* de 23 % et l'on note une diminution, faible il est vrai, mais *parallèle* de la calcémie et de la phosphatase (32 u. au lieu de 38). Enfin, l'origine et la nature tuberculeuses des lésions doivent être écartées.

M. Noël PÉRON. — Le malade de M. Brissot est un cas remarquable de la maladie des exostoses ostéogéniques dans sa forme grave. Le pronostic d'avenir fonctionnel est très réservé, la pro-

gression de volume des exostoses entraîne à la longue un blocage articulaire des poignets, des genoux et des omoplates en particulier.

L'étiologie ne paraît nullement en rapport avec une atteinte endocrinienne ; si la maladie de Recklinghausen dépend souvent d'une lésion parathyroïdienne, par contre les exostoses sont en rapport avec une malformation du développement des cartilages, probablement non endocrinienne.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Ce sujet est intéressant, non seulement par la maladie exostosante si bien exposée par les auteurs, mais encore par la déficience de son grand dentelé gauche. Il présente une spina alata, il manque de force pour maintenir élevé son bras gauche. Il y aura lieu de surveiller l'état de sa trophicité musculaire.

**Les psychoses hyperfolliculiniques en clinique humaine et dans l'expérimentation animale, par MM. H. BARUK, LABONNÉLIE, et M<sup>lle</sup> LEURET.**

Il est fréquent de constater, au cours des périodes menstruelles chez certaines femmes, de petits troubles du caractère, de l'irritabilité, parfois même de petites ébauches de crises dépressives. Il est en outre banal de noter, au cours de ces périodes menstruelles, l'aggravation de troubles nerveux ou mentaux préexistants, qu'il s'agisse d'épilepsie, de manifestations psychopathiques ou névropathiques de toutes variétés.

De même la grossesse, l'accouchement et surtout la période du post-partum exercent souvent sur l'état mental une influence non douteuse. Réserve faite des manifestations toxi-infectieuses colibacillaires ou autres, qui peuvent survenir au cours ou après la gravidité, il existe un certain nombre de psychoses puerpérales ou post-puerpérales, qui relèvent d'un déséquilibre ovarien ou thyro-ovarien, déclenché par la grossesse. Nous ne reviendrons pas ici sur ces faits, auxquels l'un de nous a consacré un travail récent (1). Nous pourrions ajouter que les mêmes considérations s'appliquent à une variété d'épilepsie d'apparition post-puerpérale : plusieurs fois, nous avons vu, chez des femmes sans aucun antécédent pathologique, une première crise d'épilepsie apparaître un mois, un mois et demi après l'accouche-

(1) H. BARUK. — Les psychoses puerpérales. *Progrès Médical*, n° 32, 24 septembre 1938.

ment, c'est-à-dire à la période où apparaissent tant de psychoses post-puerpérales. Deux fois, nous avons pu mettre en évidence des poussées d'hyperfolliculinisme en rapport avec ces manifestations comitiales. Nous consacrerons plus tard à cette question un travail spécial.

Les grandes étapes de la vie génitale et des fonctions ovariennes marquent aussi les principales dates de développement des névroses et des psychoses : les obsessions, l'hébéphrénie éclatent souvent à la puberté ; enfin, on ne saurait trop insister sur les psychoses de la ménopause.

Jusqu'à présent, nos connaissances se bornaient dans ce domaine à ces données cliniques qui frappent tout médecin. Mais on n'en connaissait pas la pathogénie, et on se contentait, en matière de thérapeutique, de donner à tout hasard un peu de poudre d'ovaire qui était parfois utile, parfois inefficace, mais avait au moins l'avantage de ne pas présenter de grands dangers.

Depuis quelques années, des progrès biologiques considérables sont survenus dans la connaissance de la physiologie ovarienne. Les découvertes hormonales ont ouvert des horizons pathogéniques importants et mis entre les mains des médecins des armes extrêmement actives, mais aussi terriblement dangereuses, notamment sur le terrain psychiatrique.

Ces nouvelles données hormonales devaient inciter bien des auteurs à chercher à préciser les rapports des perturbations ovariennes et des troubles mentaux. Mais les résultats sont restés d'abord assez contradictoires. Dans sa remarquable monographie sur l'hormone folliculaire, Simonnet écrit : « Bien que des rapports entre les anomalies de la sécrétion ovarienne et certains troubles mentaux ne soient pas niables, dans beaucoup de cas la relation de cause à effet n'est pas démontrée (1). »

Les recherches effectuées par Kafka, Saethré (2) de la folliculinémie et de la folliculinurie dans la démence précoce ont donné des résultats opposés et ne permettent pas de conclusions.

Il y a quelques années, l'un de nous (Baruk) eut l'occasion de suivre, avec le D<sup>r</sup> Hamburger et le regretté D<sup>r</sup> Mallet, une malade qui, après une période de fatigue avec dysménorrhée, fut prise brusquement d'onirisme, puis de phénomènes hallucinatoires avec automatisme mental, et à certains moments attitudes d'aspect discordant.

On procéda à diverses investigations somatiques, qui permi-

(1) SIMONNET. — *L'hormone folliculaire*, Masson 1937, p. 248.

(2) Cités par Simonnet.

rent de découvrir d'abord une glycosurie modérée sans hyperglycémie, qui fut traitée surtout par un régime approprié.

Malgré une légère amélioration, les troubles mentaux persistaient. Il existait en outre un prurit avec éosinophilie.

On remarquait notamment une aggravation très nette des troubles mentaux au moment du 14<sup>e</sup> jour du cycle menstruel. C'est pourquoi des examens furent faits à plusieurs reprises de la folliculine sanguine et urinaire, qui montrèrent à cette période une hyperfolliculinémie et une hyperfolliculinurie très nettes. Un traitement par le corps jaune fut suivi d'une guérison totale et impressionnante de la malade, guérison qui se maintient depuis plusieurs années. Hamburger a fait allusion à cette observation dans un travail sur les « fièvres ovariennes » (1).

A la suite de ce cas, l'un de nous a observé plusieurs autres observations où les poussées psychopathiques se produisaient parallèlement à un hyperfolliculinisme, et guérirent après traitement et disparition de celui-ci. C'est ainsi que naquit dans notre esprit l'idée de « Psychoses hyperfolliculiniques ».

Ces données cliniques, toutefois, restent toujours d'interprétation complexe et mériteraient d'être étendues et approfondies ; c'est pourquoi l'un de nous a cherché dès le début à les confronter avec des données expérimentales relatives à l'action psychique de la folliculine chez les animaux.

Il a publié ces données cliniques et expérimentales, combinées dans un premier travail paru en octobre 1938 (2). Il avait d'ailleurs, auparavant, dans son traité de Psychiatrie paru il y a un an, en mars 1938, consacré un petit chapitre aux « Psychoses ovariennes et folliculiniques » (3). Il soulignait en octobre 1938, pour la première fois, le rapprochement entre certains états d'excitation et d'érotisme hyperfolliculinique en clinique humaine avec des manifestations analogues d'excitation et d'agressivité réalisées expérimentalement chez l'animal par des injections de folliculine.

Plus tard et tout récemment, M. Stora (4) vient de consacrer sa thèse à l'étude de la folliculine sanguine dans divers syndromes mentaux. Ses résultats sont variables sauf dans l'excitation maniaque où il rapporte des cas nets d'hyperfolliculinémie. Par contre, ses résultats sont incertains dans la dépression et les

(1) HAMBURGER. — Fièvres ovariennes, *Presse Médicale*, n° 9, 30 janv. 1937.

(2) H. BARUK. — De quelques psychoses endocriniennes. Folliculine et troubles mentaux. *Le Progrès Médical*, 29 octobre 1938.

(3) H. BARUK. — *Psychiatrie médicale, physiologique et expérimentale*. Masson, 1938, p. 703.

(4) R. STORA. — *Hormone folliculaire et psychoses*. Legrand, Paris, 1939.

autres syndromes. D'autre part, sauf pour un cas de manie traité avec succès par le corps jaune, l'épreuve thérapeutique peut difficilement être interprétée dans la plupart des observations des psychoses qu'il rapporte, en raison du polymorphisme des traitements appliqués (cardiazol, insuline, etc.) par M. Stora.

Notre opinion, exprimée il y a un an et confirmée depuis lors par de nouvelles recherches cliniques et expérimentales, est que l'on peut isoler, non seulement dans la manie, mais dans des psychoses variées, des symptômes en rapport avec l'hyperfolliculinisme comme le montre un parallélisme frappant des poussées mentales et des troubles biologiques, et comme le confirment nos données expérimentales et l'épreuve thérapeutique.

Ce sont ces faits que nous allons maintenant résumer.

I. DONNÉES CLINIQUES. — a) *Schizophrénies par hyperfolliculinisme suivies de guérison par le traitement étiologique.* — Nous avons relaté plus haut le cas de la malade que nous avons suivie de près avec le Dr Hamburger et chez laquelle nous avons constaté un étroit parallélisme entre les poussées psychopathiques et l'hyperfolliculinémie avec hyperfolliculinurie ; enfin le traitement de ce trouble biologique a amené la guérison totale des troubles mentaux. Ce cas ressortissait cependant pratiquement aux *psychoses discordantes*, s'accompagnait de dissociation psychique et, malgré au début de petites bouffées oniriques, d'ailleurs floues, on notait des troubles marqués de la pensée, de la perplexité, des phénomènes d'automatisme, du sentiment d'étrangeté, des modifications de la personnalité, des perturbations de l'affectivité, des périodes d'autisme complet, qui permettaient de retrouver dans cette observation des signes très nets d'un *syndrome schizophrénique*.

Dans un autre cas de syndrome schizophrénique, nous avons eu des résultats analogues.

Il s'agit d'une malade de 40 ans, qui présentait d'abord un vague état de dépression, en même temps qu'un syndrome érotomaniaque : la malade, semble-t-il, avait été prise soudain de sentiment d'érotisme à l'égard d'un monsieur qu'elle avait rencontré, sentiment vite réfréné, car la malade est mariée et a une affection extrêmement profonde pour son mari d'ailleurs très dévoué pour elle. Ce sentiment fut exprimé au début, mais bientôt nié et refoulé, et fut alors transformé en accusations contre le monsieur en question (1). Ce monsieur fut

(1) Il s'agit là d'un mécanisme psychologique du « bouc émissaire », si fréquent et si important, étudié par l'un de nous récemment. Cf. H. BARUK. — Psychiatrie morale, individuelle et sociale. *Monde et Médecine*, n° 4, fév. 1939, et n° 6, 1939.



bientôt chargé « de tous les péchés d'Israël », et la malade se plaignait d'être poursuivie par ce « vilain personnage », qui « n'avait d'autre but que de la déshonorer, elle, une honnête femme », etc... On notait, en même temps, une certaine tendance à des troubles de l'attention, à du mutisme, à des bizarreries du comportement.

Peu à peu apparaissent des *hallucinations psychiques* très nettes portant sur le même thème : la malade accuse une voix intérieure qui lui sort du ventre et la fait parler et penser malgré elle ; cette voix l'accuse injustement, émet des calomnies contre elle et son mari, des horreurs. Elle répète, sans cesse, comme une réaction de défense : « Mais il n'y a rien, puisqu'il n'y a rien, puisque nous sommes honnêtes, honnêtes, etc... » A certains moments, sa pensée est prise, et elle se renferme dans un mutisme hostile.

De mois en mois, l'état s'aggrave. On note un travail d'extension des idées délirantes en même temps que de désagrégation psychique : syndrome d'influence vague, avec idées de persécutions, qui, d'abord polarisées contre le monsieur rencontré, atteignent ensuite les domestiques, les personnages de l'entourage, et enfin prennent ensuite un contenu antisémite : elle est la victime des Juifs, qui cherchent à la déshonorer, « les sales gens qui sont la cause de tous les maux, etc... » ; elle répète sans cesse : « Les sales Juifs qui déshonorent une honnête femme, etc... » A partir de ce moment surviennent des violences, des grimaces, des réactions discordantes, des troubles de la mimique parfois éteinte et inexpressive, un négativisme accentué entrecoupé d'impulsions, bref, un tableau schizophrénique de plus en plus caractérisé.

Nous nous étions livré chez cette malade à diverses recherches étiologiques. On notait dans ses antécédents des troubles hépatiques (troubles digestifs, vomissements bilieux, etc...). Ces troubles furent minutieusement soignés par le P<sup>r</sup> Fiessinger et du côté digestif il y eut une réelle amélioration, mais les troubles mentaux persistaient. Toutes les recherches concernant la colibacillose restaient négatives.

Mais on constatait une dysménorrhée marquée ; nous eûmes l'idée d'examiner le taux de la folliculinémie. Un examen pratiqué par M. Delaville, que nous remercions vivement, montra dans le sang un taux supérieur à 40 U.R.

Nous avons alors institué aussitôt un traitement par le corps jaune. Très rapidement une amélioration impressionnante survint. L'activité hallucinatoire diminua. La malade reprit contact avec son entourage, s'occupa de nouveau de sa maison, sortit, put voyager, etc... Actuellement, son état est à peu près revenu à l'état normal ; il ne lui reste plus que la persistance de tendances obsédantes antisémitiques.

b) *Excitation maniaque*. — L'un de nous a rapporté d'autre part, dans le travail précité, un cas de psychose périodique avec accès maniaques réguliers suivant le cycle folliculinique. Dans les périodes intercalaires, la malade est normale et appréhende énormément le retour de ses crises, se promettant de lutter contre elles, et de ne plus être submergée. Malheureusement, celles-ci commencent le plus souvent de la même façon par un changement de caractère, le besoin de s'isoler, parfois des fugues, puis des rires explosifs, prélude de l'accès irrésistible, dont la durée est, en moyenne, de quelques semaines.

L'isolement d'abord prolongé et les traitements sédatifs habituels n'amenèrent aucun résultat. C'est alors que des examens furent poursuivis et montrèrent à maintes reprises le parallélisme d'une très forte hyperfolliculinémie et hyperfolliculinurie avec les accès maniaques.

La malade fut améliorée partiellement par l'épiphyse puis subit une radiothérapie ovarienne et enfin une castration ; à la suite de celle-ci, s'établissent les malaises habituels en pareils cas et les accès maniaques semblent s'être accentués.

La psychologie pathologique de cette malade au début est intéressante et mérite d'être rapprochée de la précédente : au début, excitation sexuelle qui s'est calmée ensuite, mais on a noté secondairement comme chez la malade précédente un éréthisme psychique avec une certaine tension affective.

Il ne faudrait pas croire toutefois que l'on puisse toujours superposer manie et hyperfolliculinisme. Dans un autre cas de manie chez une femme près de la ménopause avec hirsutisme, il n'y avait pas de folliculine décelable dans l'urine. Ces deux cas montrent que le dérèglement hormonal peut jouer dans les deux sens.

c) *Dépression mélancolique*. — Nous avons observé deux cas de dépression mélancolique avec hyperfolliculinisme. Dans le premier cas, il s'agissait de crises dépressives périodiques se produisant avant les règles. On trouvait 140 unités de folliculine dans les urines au 14<sup>e</sup> jour des règles. Un traitement a été institué par le corps jaune. La malade est sortie de l'établissement améliorée passagèrement, mais il est difficile de faire le départ entre ce qui revient au traitement et à l'amélioration spontanée.

La seconde observation a trait à une dépression psychique post-puerpérale à forme plutôt cénesthopathique. Début après la première grossesse par des troubles gastro-intestinaux, des céphalées, des idées noires (craintes obsédantes de la mort de ses parents, dégoût de la vie), on notait en outre des crises d'an-

goïsse, des ébauches de crises cataleptiques et un changement de la voix qui perdait son timbre.

Un examen endocrinien effectué par le D<sup>r</sup> Ferrier suivant sa méthode montre des tests d'hyperfolliculinisme.

L'examen des urines pratiqué au 20<sup>e</sup> jour après les règles a montré 150 unités de folliculine.

La malade est en cours de traitement par le corps jaune, et légèrement améliorée.

d) *Asthénie*. — L'un de nous a pu observer trois cas d'asthénie périodique avec hyperfolliculinisme (200 unités au 14<sup>e</sup> jour dans les urines d'une malade vue avec le D<sup>r</sup> Perlès), amélioration remarquable par le corps jaune mais toutefois passagère.

Nous avons rapporté ci-dessus quelques observations parmi les plus frappantes. Nous continuons une série de recherches plus systématiques à la Maison Nationale de St-Maurice et nous devons remercier tout spécialement le Laboratoire Roussel et le D<sup>r</sup> Gley, qui ont bien voulu procéder à un certain nombre de nos examens, et mettre l'un de nous au courant de la technique de la recherche de la folliculine dans le sang et dans l'urine.

e) *Quelques symptômes mentaux plus particulièrement d'origine folliculinique*. — Parmi les divers aspects des psychoses folliculiniques, aspects assez polymorphes et encore trop mal connus, peut-on dégager certains symptômes ayant des caractères plus particuliers ?

La clinique et, comme nous le verrons plus loin, l'expérimentation, tendent à souligner à ce sujet certains symptômes qui, dans les quelques cas que nous avons observés, ont pris un caractère évolutif très particulier.

Ils consistent d'abord dans l'*érotisme* avec plus ou moins d'excitation sexuelle. Dans son premier travail précédemment cité, l'un de nous a insisté sur l'excitation érotique spéciale avec parfois grossièretés observées dans l'hyperfolliculinisme.

Cet érotisme est souvent de très courte durée et fait place parfois, plus ou moins rapidement, à une *frigidité hostile* et à une *animosité générale*. Nous avons vu dans notre seconde observation certains des mécanismes psychologiques que l'on peut saisir en pareil cas : la malade, éprouvant une certaine honte et une impression de culpabilité devant son érotisme, cherche à s'en délivrer et c'est alors qu'entre en action le complexe « du bouc émissaire ». On rejette sur quelqu'un la faute dont on veut se disculper ; ce rejet s'accompagne alors d'un dynamisme extraordinaire et d'un acharnement qui, logiquement, paraît incompréhensible, mais qui s'explique parfaitement bien quand

on connaît le complexe subconscient et inavouable dont il est l'expression.

f) *Psychoses hyperfolliculiniques provoquées.* — Nous venons de rapporter des cas de psychoses hyperfolliculiniques spontanées. Malheureusement, l'usage inconsidéré qui est fait depuis quelques années de la folliculine en thérapeutique a provoqué chez certaines malades de véritables troubles psychiques médicamenteux, dont certains prennent, hélas, la forme de véritables psychoses expérimentales chez l'homme. Les limites de ce travail ne nous permettent que d'en résumer quelques cas que l'un de nous a été à même d'observer.

Nous avons vu ainsi une jeune fille réalisant un tableau schizophrénique : autisme, désintérêt affectif, apathie, inactivité, incurie, etc... On aurait pu croire à un cas de démence précoce banale. Or, les commémoratifs nous apprennent que cette jeune fille n'avait présenté, au début de sa maladie, il y a deux ans, que des petits troubles de fatigue sans caractères nets, mais qu'elle a subi régulièrement depuis lors, sans interruption et sans contrôle, des *injections répétées et fréquentes de folliculines à très fortes doses* ; peu à peu, on a noté l'apparition de troubles du caractère sous forme d'excitation puis d'apathie, en même temps qu'une *hydrorrhée* intense et de plus en plus marquée, hydrorrhée qui donne la signature de l'intoxication folliculinique, comme nous le rappellerons plus loin aux données expérimentales.

Plusieurs fois nous avons pu voir des malades atteintes de dépression psychique accompagnée de dysménorrhée ou d'aménorrhée, traitées par des doses considérables et prolongées de folliculine, et présentant ensuite une excitation génitale et sexuelle de plus en plus pénible, devenant le point de départ d'idées d'indignité (1).

II. DONNÉES EXPÉRIMENTALES. — L'expérimentation chez les animaux permet d'éclairer en partie la pathogénie des notions que nous venons d'exposer en clinique humaine (2).

(1) Il faut toutefois se rappeler que l'excitation sexuelle est fréquente dans la mélancolie et accompagne souvent l'hypervagotonie comme le Professeur Laignel-Lavastine l'a souligné.

(2) L'étude expérimentale précise de l'action de la folliculine sur le psychisme des animaux semble avoir été négligée jusqu'à présent. On ne trouve dans la littérature que quelques remarques des plus vagues. Simonnet parle de variations de l'activité spontanée chez le rat (p. 146), cite l'action vagotrope de la folliculine, les modifications provoquées du temps de latence du réflexe achilléen (Herren et Haterius), mais tout se borne à ces quelques indications.

Soulignons tout d'abord que, pour être profitable, une telle expérimentation doit être faite très longtemps, pendant des mois et des mois, et avec une grande persévérance.

Si l'expérimentation avec des produits chimiques définis donne des résultats précis et constants suivant les doses, si les résultats sont encore nets mais déjà plus inconstants avec les toxines microbiennes (en raison des variations de virulence), les données de l'expérimentation hormonale sont encore plus inconstantes et, pour tout dire, difficilement prévisibles.

C'est ainsi que la même dose de folliculine utilisée chez des animaux de même espèce et de même poids peut donner des résultats nuls chez certains, très importants chez d'autres animaux. Il y a là un facteur individuel, avec lequel il faut compter. Ce facteur tient peut-être à l'état du cycle ovarien chez les animaux, cycle que nous connaissons mal. Il est possible qu'une même dose de folliculine injectée chez un animal déjà en poussée folliculinique donne des accidents importants, alors qu'elle reste inefficace chez des animaux dans une période différente du cycle, ou plus jeunes. A ce point de vue, si l'on voulait reprendre la terminologie de Tzanck, on pourrait dire que la folliculine se comporte plus comme un « réactogène » que comme un toxique vrai, du moins en ce qui concerne des doses non massives et en solution huileuse.

Enfin, il faut prendre d'infinies précautions, prolonger l'observation des animaux pendant des mois, connaître enfin à fond le caractère de l'animal avant les expériences, notamment en ce qui concerne les animaux domestiques.

Dans le premier travail de l'un de nous (Baruk, oct. 1938), on trouve déjà publié le résultat d'une série d'expériences (1) : celles-ci avaient montré chez certains animaux une excitation avec agressivité et érotisme, et accessoirement chez un cobaye une seule fois une crise de catalepsie.

Nous avons continué ces diverses expériences et à ce point de vue il faut distinguer les accidents aigus obtenus par l'injection de doses énormes de folliculine en solution aqueuse (résorption massive et rapide) et les accidents progressifs et lents obtenus par des injections huileuses.

A) *Accidents aigus obtenus par des injections massives de folliculine en solution aqueuse.* — Ces accidents peuvent consister dans un coma au bout de 3 à 5 minutes, suivi de mort en

(1) Consistant en injection de : 100 U. folliculine aux souris, 500 U. aux pigeons, 1.500 aux singes, 500 aux cobayes (on avait injecté une solution huileuse de gynœstryl).



1/4 d'heure et 1/2 heure après, paralysie et troubles respiratoires. C'est ce qui est obtenu par exemple en injectant 500 U. de folliculine aqueuse à des souris (injections sous-cutanées d'oestroglandol), avec des doses un peu moins massives (100 U. par souris), on obtient en quelques minutes un état comateux avec affaissement des pattes et abolition des réflexes de posture (on peut retourner l'animal sur le dos sans qu'il se remette sur les pattes). Cet état, toutefois, peut, chez certains animaux intoxiqués, rétrocéder peu à peu en quelques heures et disparaître les jours suivants.

En diminuant encore les doses (50 U. de folliculine en solution aqueuse par souris), on n'a plus les mêmes accidents et on note seulement un peu de polypnée et d'hyperactivité transitoire.

B) *Troubles psychiques et accidents lents consécutifs aux injections de folliculine en solution huileuse.* — Ce sont les manifestations de beaucoup les plus intéressantes. Elles se traduisent surtout par des troubles du caractère.

*Souris.* — L'un de nous, dans ses premières expériences, a vu des lots de souris présenter successivement, au cours de l'intoxication folliculinique, une excitation sexuelle avec agitation et agressivité extrême, les animaux se mordant mutuellement, se déchirant et se mettant en sang, jusqu'à l'extermination. Il a fallu les isoler, afin d'éviter le massacre complet.

Dans une deuxième phase, les souris ont présenté un aspect inverse : elles devenaient calmes, apathiques, en même temps qu'elles engraisaient beaucoup. Malgré cet aspect floride, certaines mouraient subitement au bout de quelques mois.

*Chat.* — Voici le protocole d'expériences faites sur la chatte de notre infirmier de laboratoire, M. Delcros, qui a une grande expérience des habitudes des animaux et du caractère de cette chatte en particulier, que l'on peut observer d'ailleurs minutieusement.

Le 15 décembre 1938, injection intra-musculaire à cette chatte d'une ampoule de 50.000 unités de benzogynœstryl.

Le 16 décembre, rien d'anormal. Nouvelle injection d'une ampoule de 50.000 unités de benzogynœstryl.

Rien d'anormal jusqu'au début de janvier. A partir du 2 janvier, apparition d'une *hydrorrhée utérine* considérable et impressionnante.

A partir de ce moment, changement dans la vie sexuelle de l'animal. Cette chatte qui était, avant le traitement, en pleine période d'activité sexuelle, présenta soudain une répulsion hostile pour le mâle : dès qu'elle voit un chat mâle, au lieu de courir après lui comme elle le faisait auparavant, elle le griffe, le fuit, se réfugie dans le laboratoire où elle se cache.

Peu à peu, dans les mois qui suivent, l'animal se met à engraisser dans des proportions énormes, prenant un aspect monstrueux, bien que ne mangeant pas davantage qu'auparavant. Il est calme et paisible.

Actuellement, cette chatte a remaigri, a perdu toute l'adiposité pathologique et est revenue maintenant à son aspect normal.

*Pigeons.* — Chez des pigeons femelles folliculinisées, on a pu noter, après accouplement de ces pigeons, une augmentation de la ponte des œufs (quatre œufs par mois au lieu de deux), mais l'animal ne couve plus, et *détruit et mange ses propres œufs*.

*Lapins.* — Nous avons injecté à maintes reprises des lapines avec des doses variables, oscillant autour de 1.000 unités de gyncestryl.

Les résultats ont été très variables : tantôt, rien apparemment ; tantôt, excitation manifeste très rapidement dans l'heure et les heures qui suivent l'injection et les jours suivants : l'animal ne tient pas en place, grimpe sur les cages, tape du pied, a les yeux saillants. En outre, on peut noter une agressivité spéciale : l'animal crie, s'élance contre les autres animaux et les attaque.

Concomitamment, on note une turgescence vulvaire et une sorte de tension de tout l'animal.

Chez d'autres animaux, par contre, les résultats paraissaient négatifs.

*Cobayes.* — Effets difficiles à apprécier, sauf une fois une légère catalepsie, mais accidents tardifs sur lesquels nous allons revenir.

*C) La mort subite tardive chez les animaux folliculinisés.* — A maintes reprises, nous avons pu voir, chez des animaux injectés par la folliculine des mois auparavant, et présentant depuis lors un aspect apparent de bonne santé, survenir une mort subite.

Par exemple, deux cobayes injectés une seule fois meurent subitement trois mois après. Six souris injectées au cours de l'été 1938 et ayant présenté au début de l'excitation, mais ensuite calmes, grasses et florides, meurent subitement à peu près toutes en même temps à la fin de décembre 1938, etc...

Ces morts subites tardives et imprévues ne nous semblent pas d'ailleurs spéciales à la folliculine ; nous avons observé des phénomènes analogues chez des animaux traités par d'autres hormones, notamment l'insuline. Nous reviendrons ultérieurement sur ces faits.

**CONCLUSIONS.** — Ces données expérimentales éclairent les données cliniques. Elles confirment l'existence de psychoses hyperfolliculiniques. Dans les deux cas, en clinique humaine et dans l'expérimentation animale, nous avons vu l'existence d'excitation psychique parfois à début érotique, mais rapidement à caractère agressif avec la même hostilité ensuite aux fonctions

sexuelles. Ces phénomènes si étranges, nous les avons observés, non seulement chez des animaux évolués comme le chat, les mammifères, mais même chez la pigeonne qui détruit ses œufs, et les mange, et ne les couve plus.

Dans une deuxième phase, surviennent l'apathie et l'engraissement, avec un aspect floride terminé parfois par la mort subite.

Il est possible que cette deuxième phase corresponde à une insuffisance hypophysaire secondaire, les fonctions de l'hypophyse étant bloquées par la folliculine. Enfin, celle-ci peut provoquer en même temps de l'hydrorrhée et des troubles mentaux, comme nous l'avons vu aussi bien en clinique humaine que chez l'animal.

De tels faits montrent l'action parfois extraordinaire sur le psychisme des hormones sexuelles, et ce fait soulevé par Freud à titre d'hypothèse trouve sa confirmation dans l'expérimentation physiologique et dans certaines données cliniques. De telles données ouvrent aussi des aperçus thérapeutiques.

M. GUIRAUD. — M. Baruk nous dit que chez la femme un certain nombre de troubles mentaux, soit avec érotisme, soit avec hostilité et défense contre l'homme, sont sous la dépendance de l'hyperfolliculinémie. Il vérifie son hypothèse en confiant à des laboratoires le dosage de la folliculine en unités-rats. Ces investigations scientifiques présentent un grand intérêt mais il ne faudrait pas croire que le dosage de la folliculine dans le sang est une technique courante de laboratoire pas plus délicate que le dosage du glucose ou la réaction de Wassermann. Il s'agit d'un dosage approximatif par provocation de l'œstrus chez des rates castrées. La technique est difficile et ne peut être pratiquée que par un spécialiste, ce qui limite son extension à la pratique courante. On peut en lire le détail dans la thèse récente de R. Stora (1).

J'ai entendu avec plaisir que M. Baruk estimait qu'un certain nombre de psychoses puerpérales dépendent d'un trouble endocrinien et hormonal. D'après la lecture de son récent livre, j'avais l'impression qu'il considérait la plupart des psychoses puerpérales comme de nature infectieuse et spécialement colibacillaires.

Avec Nodet (2), nous avons publié, en 1936, un travail, dans lequel nous attirions l'attention sur la fréquence des psychoses puerpérales non infectieuses et attachions une grande importance

(1) R. STORA — *Hormone folliculaire et psychose*. A. Legrand, Paris, 1939.

(2) GUIRAUD et NODET. — Les psychoses puerpérales et leur traitement. *Paris Médical*, 19 septembre 1936.

au déficit de vitamine E et à la perturbation hormonale provoquée par la grossesse dans l'organisme féminin. Mon élève R.-M. Haas vient de publier sa thèse sur les Psychoses puerpérales, dans laquelle il expose ma conception (1). Les psychoses infectieuses sont actuellement assez rares, la plupart des psychoses consécutives à l'accouchement résultent à mon avis d'une perturbation vitamino-hormonale. Avec la vitamine E, l'hormone gonadotrope me donne actuellement de très bons résultats.

M. Ach. DELMAS. — Les recherches de M. Baruk sont très intéressantes. Mais les faits sont très contradictoires. Ils n'établissent pas la valeur étiologique de l'hyperfolliculinémie, qui peut n'être qu'un effet, comme les troubles mentaux eux-mêmes sont des effets de la même cause morbide. Il faudrait avoir des précisions sur la rapidité de l'apparition de la guérison après le traitement endocrinien, pour pouvoir nier la simple coïncidence.

M. BONHOMME. — La question est extrêmement complexe et il est très difficile d'établir des rapports de cause à effet entre les troubles périodiques et les troubles ovariens. Je rappelle le cas d'une malade qui est sujette à des accès survenant aux mêmes dates des mois, comme c'est le cas des psychoses dites à type cataménial.

On l'a traitée dans ce sens de toutes les façons, notamment par l'épiphyse puis par la castration radiothérapique, puis par la castration chirurgicale et ça n'a rien changé dans la date d'apparition ni dans la forme de ses accès.

Par ailleurs, je rappelle que le biologiste Aron a décrit une réaction d'insuffisance hypophysaire.

M. X. ABÉLY. — M. Baruk n'a pas parlé de l'action de l'hypophyse sur la sécrétion de la folliculine. Cette glande exerce pourtant un rôle essentiel de régulation sur les proportions relatives de la folliculine et de la lutéine, qui est l'hormone antagoniste. Une injection exagérée de folliculine ne provoque pas, comme on pourrait le penser, une hyperfolliculinémie, mais détermine très rapidement un freinage hypophysaire direct de cette hormone et même une sécrétion compensatrice de son antagoniste, la lutéine. Il se pourrait fort bien que dans les cas rapportés par M. Baruk, ce soit l'action de la lutéine qu'il ait observée. Celle-ci est une hormone masculinisante. Or, j'ai été frappé par les nombreux symptômes de virilisation qu'il a décrits dans le comportement des animaux soumis à son expérimentation.

(1) R.-M. HAAS. — *Les psychoses puerpérales*. M. Lavergne, Paris, 1939.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — La communication et la discussion prouvent la complexité de la pathogénie des psychoses féminines.

En ce qui concerne la puerpéralité, il y a longtemps que l'on sait que l'infection n'est souvent pour rien dans l'étiologie des psychoses dites puerpérales. Celles-ci se divisent schématiquement en trois groupes : le groupe de la psychose maniaque dépressive, le groupe des confusions toxi-infectieuses et le groupe hétérophrénocatatonique, qui est en rapport avec une dysendocrinie plus ou moins prédominante.

Quant à l'action de la thérapeutique hormonale, elle est plus fréquente dans la clientèle de ville, sur les cas frustes, que dans la clientèle d'asile, où l'intensité et la complexité des troubles sont plus grandes. On arrive à régler le rythme de certaines malades sujettes à des troubles périodiques, en pratiquant ce que j'appelle la thérapeutique de l'horloger. Ce fut tout dernièrement le cas pour une asthénique, longiforme, à apparence hyperfolliculinique, qui fut guérie par l'administration de corps jaune.

**Un couple d'héroïnomanes, innocuité des doses massives d'héroïne par voie intra-veineuse, par MM. R. DUPOUX, J.-F. BUVAT et H. SAUGUET.**

Le couple de toxicomanes que nous allons avoir l'honneur de présenter devant vous possède, à nos yeux, un double intérêt. D'abord, en tant que couple, il s'agit, en effet, de deux toxicomanes qui se sont mis en ménage pour prendre de la drogue, malgré leur incapacité génitale : la femme est rendue frigide, et l'homme impuissant par la drogue. La femme prend, en effet, 2 gr. 50 d'héroïne par jour en injections sous-cutanées, l'homme 3 gr. en injections intra-veineuses ; ensuite, par les doses relativement très élevées prises par l'un et l'autre, et surtout, par la voie d'introduction peu commune adoptée par l'homme.

Voici les observations :

M. L. R., 27 ans, sculpteur, entre à l'hôpital Henri-Rousselle le 13 décembre 1938 pour y subir une cure de désintoxication. Toxicomane de longue date (le début de son intoxication remonte à 1931), il prend actuellement 3 gr. d'héroïne par jour par voie intra-veineuse.

Dans les antécédents familiaux du malade, on ne trouve que peu de chose : son père est mort à 56 ans d'un néoplasme abdominal (le malade a alors 13 ans). Sa mère est vivante, âgée de 64 ans, bien portante. Il a cinq sœurs et quatre frères, tous bien portants, sauf un frère qui a été néphrectomisé en 1933 pour tuberculose rénale.



Ses antécédents personnels sont plus chargés. Dans l'enfance, il a eu la rougeole, la coqueluche, la scarlatine et la fièvre typhoïde.

Dès son jeune âge, il a toujours été d'un caractère nerveux, irritable et très indépendant. Très sociable avec les tiers, il était recherché par de nombreux camarades, car il était très « boute-en-train ». Dans sa famille, au contraire, il était peu aimable, hostile, et, finalement, ne mettait plus les pieds à la maison que pour manger et dormir.

En 1929, à la suite d'un échec à un concours pour obtenir une bourse de sculpture, il prend, sur un coup de tête, un engagement de trois ans dans l'armée. Entre temps, la mésentente entre lui et sa famille qui lui reprochait de ne pas gagner sa vie, de vivre aux crochets des siens, d'être un paresseux, s'était accrue. Après deux ans de service militaire, il fait une hémoptysie qui survient après une période d'amaigrissement et de fatigue. On traite cette hémoptysie dans l'hôpital militaire, et c'est là qu'il connaît la morphine ; puis, on le réforme avec une pension de 100 %, ramenée, il y a quelque temps, à 80 %.

Il reprend alors sa profession de sculpteur et se fait régulièrement des piqûres de morphine. Petit à petit, il augmente les doses jusqu'à prendre 24 centigrammes par jour. Puis, il quitte la morphine et se met à fumer l'opium, va jusqu'à 60 pipes par jour. En 1933, toujours à la poursuite de l'euphorie qui s'émousse vite, il passe à l'héroïne en prises (sur le conseil d'un ami). Puis, en 1934, il prend de l'héroïne en injections sous-cutanées, et il monte progressivement à 2 grammes par jour.

En 1935, un de ses frères qui le soupçonne d'être toxicomane, l'oblige à le lui avouer au cours d'un voyage qu'ils font. Sa famille le met alors en demeure de se faire désintoxiquer, il refuse et rompt définitivement avec elle.

Le 20 septembre 1937, il entre une première fois à Henri-Rousselle pour se faire désintoxiquer ; il avoue, d'ailleurs, que cette première tentative n'était pas sincère, il la fit parce qu'il manquait de drogue, avec l'intention de recommencer aussitôt. Il récidiva deux jours après sa sortie qui eut lieu le 27 septembre, parce que, prétend-il, il se sentait très faible et fatigué ; en réalité, parce qu'il l'avait décidé avant même d'entreprendre sa cure.

Il reprend alors de l'héroïne en prise, brûle très rapidement les étapes, et, bientôt, il en est à 1 gr. par jour en injections sous-cutanées. Mais ce moyen même lui semble insuffisant. Ses injections, même massives, ne font que calmer son besoin de toxique sans lui donner l'euphorie qu'il recherche. Trois mois avant son entrée, il essaye les injections intra-veineuses et prend bientôt 3 gr. par jour. Il se fait, en moyenne, dix piqûres par jour, cinq durant la journée et cinq durant la nuit, qui ne lui donnent de plaisir que si les doses sont suffisamment massives. Après chaque piqûre, il a une sensation de chaleur dans la tête, de picotements sur la face et la partie supérieure du thorax ; en même temps, il devient très rouge. Au bout de deux

minutes, tout est terminé et il peut savourer son plaisir. Depuis novembre 1937, impuissance sexuelle totale. Insomnie à peu près complète, ne peut dormir qu'avec une piqûre. Impossibilité de travailler plus d'une heure par jour quoiqu'il ait conservé, dit-il, le goût du travail. Son appétit est très diminué, et il ne se nourrit plus que de café au lait et de fruits, éprouvant une répugnance insurmontable pour la viande et n'ayant pas suffisamment faim pour manger des légumes. Il maigrit de 7 kgr. en un an, et pèse, à son entrée à l'hôpital, 57 kgr. pour une taille de 1 m. 82.

Il se décide à une nouvelle désintoxication parce que la drogue lui coûte plus de 100 fr. par jour et l'empêche de travailler, de gagner sa vie.

L'examen somatique, à l'entrée, ne montre que peu de choses : cœur normal, régulier. Tension artérielle : 12 1/2-7. Foie, rate : normaux. Matité franche au sommet pulmonaire gauche, avec diminution de la respiration aux deux sommets, surtout à gauche. Les réflexes tendineux sont faibles, surtout au membre inférieur droit. Les pupilles sont égales, régulières, en mydriase moyenne, et réagissent paresseusement, aussi bien à la lumière qu'à la convergence. Bordet-Wassermann négatif dans le sang.

Tous les trajets veineux des bras et des avant-bras du malade sont couverts de traces de piqûres ; cependant, les veines, qui sont belles, sont en bon état, souples, sans aucune induration, et se gonflent très facilement dès que l'on pose un garrot. Aucune trace d'œdème aux membres supérieurs.

Le malade, qui se faisait toujours lui-même, et tout seul, ses intra-veineuses, était arrivé à la même dextérité de la main droite et de la main gauche. Il serrait le garrot avec ses dents et le lâchait dès qu'il voyait le sang refluer dans la seringue. Il ne prenait aucune précaution d'asepsie et, malgré cela, n'a jamais présenté un accident infectieux à type phlegmon ou même de phlébite ou de périphlébite. Ses solutions, qu'il faisait lui-même, étaient préparées sans aucun souci de stérilisation, ni d'isotonie, ses seringues et ses aiguilles n'étaient jamais bouillies.

Il sort le 22 décembre 1938 après une cure de désintoxication par la méthode du Dr Dupouy, qui a duré cinq jours, plus cinq jours de convalescence. Durant les trois premiers jours, il s'est montré extrêmement énervé, désagréable, agressif, à tel point qu'on a dû le passer dans un service de surveillance.

A sa sortie, il se montre très reconnaissant des soins qu'on lui a donnés, mais dit « avoir souffert le martyr pendant huit jours ». Il a, en effet, accusé pendant cette période des vomissements, de la diarrhée, des sueurs profuses, un état d'excitation psycho-motrice considérable, alternant avec des périodes d'abattement et de torpeur profonde, ainsi qu'une insomnie totale pendant toute la cure, sauf une nuit au cours de laquelle il a dormi trois heures grâce à un lavement au rectanol. La nuit qui précède sa sortie, il a très peu et très

mal dormi, malgré la prise de deux comprimés de sonéryl. Tous ces symptômes qu'il décrit avec un grand luxe de détails sont d'ailleurs très exagérés par le malade qui n'a eu en réalité que les habituels malaises observés couramment lors du passage au zéro par la méthode semi-rapide.

Il se plaint d'un état de lassitude, de fatigabilité, dégoût du travail et du mouvement, et emploie, pour décrire cet état, les termes mêmes qu'il avait employés 14 mois auparavant pour définir son état lors de sa sortie. Il avait d'ailleurs attribué à ces troubles sa rechute immédiate après la désintoxication de 1937.

Malgré tout, sans voir ce qu'il y a de contradictoire dans son attitude, il refuse de demeurer plus longtemps dans le service comme convalescent, se déclarant assez fort pour reprendre son travail de sculpteur et pour ne pas retomber ; il affirme ne plus éprouver d'appétence pour l'héroïne, ne plus souffrir d'un état de besoin, et de sensation de manque.

*Observation de Mme C. A.* — Mme C. A., toxicomane, âgée de 32 ans, entre à l'Hôpital Henri-Rousselle, le 19 décembre, en vue d'une désintoxication. Cette malade prend actuellement 2 gr. 50 d'héroïne en injection hypodermique.

Dans les antécédents familiaux, rien de particulier : Père mort à 72 ans d'un accident. Mère vivante, bien portante. Frères et sœurs au nombre de 9, dont 5 tués lors de la révolution russe. Les 4 autres sont bien portants. Pas d'antécédents neuro-psychiatriques connus.

Parmi ses antécédents personnels, Mme C. nous signale une broncho-pneumonie dans l'enfance, une méningite consécutive à une chute dans les escaliers, à l'âge de 7 ans. Mariée à 17 ans à un Anglais. Opérée d'une bartholinite double. En 1929, appendicite gangréneuse. Péritonite. On lui fait de la morphine pour calmer ses douleurs. Elle était alors enceinte de 7 mois. A la suite de son opération, rentre en Angleterre, continuant à souffrir (ne peut préciser la nature exacte de ses douleurs, il s'agirait d'une sinusite). Son médecin lui ordonne de la morphine à doses élevées : 1 gr. à 1 gr. 50 par voie buccale. Cela dure 2 à 3 mois jusqu'à l'accouchement. C'est à ce moment-là que la morphine est supprimée et qu'elle comprend qu'elle est « devenue toxicomane » car la morphine ayant été supprimée brusquement, elle sent le besoin de la drogue. « Tout s'en est mêlé, j'étais déprimée par les conflits avec mon mari qui était buveur. J'ai quitté mon mari et je suis revenue en France. » Là, ne pouvant se procurer de la morphine, elle s'installe à Montmartre et prend de l'héroïne en prises nasales. En 1933, elle arrive à prendre jusqu'à 5 gr. par jour. A la suite d'un état dépressif, elle fait une tentative de suicide au gardénal (3 tubes). Coma de plusieurs jours.

Envoyée en convalescence à Divonne où elle fait un séjour de 9 mois, entrecoupé de voyages en Suisse et Sports d'Hiver, elle présentait un état dépressif mélancolique avec indifférence affective

(refusait de voir son fils), refus d'aliments. Dégout de tout. Crises de larmes. Vomissements. Appoint pithiatique vraisemblable.

C'est en Suisse qu'elle se fait désintoxiquer pour la première fois. Reste 3 mois dans une clinique.

Récidive peu de temps après en rentrant en France. Son divorce étant prononcé, elle est complètement désorientée et se trouve sans argent. Reprend alors de la drogue pour oublier. Héroïne en prises nasales : 2 à 3 gr. Présente une sinusite. C'est alors qu'elle utilise la voie sous-cutanée. Depuis un an et demi, 2 à 3 gr. d'héroïne par jour. Les solutions étaient préparées de la même manière que celles de son ami. Pendant un an, très bien supportées. Depuis 2-3 mois, abcès.

N'a pas été attirée vers M. L. R. par appétence sexuelle mais par « pure affection » : « Lorsque nous nous sommes connus, nous ne savions pas que nous étions l'un et l'autre des toxicomanes. »

*Examen.* — Eréthisme cardiaque. Quelques extra-systoles.

T.A. = 13,5/8 au Pachon.

Rien à signaler du point de vue des autres appareils.

Conservation des réflexes ostéo-tendineux et cutanés.

Pupilles égales et régulières, réagissant à la lumière et à l'accommodation.

Sort le 26, la cure proprement dite ayant duré 5 jours, durant lesquels, dit-elle, elle a souffert « mille morts ». Elle reconnaît de nombreux avantages à la rapidité de la cure, mais déclare qu'elle a déjà été désintoxiquée une première fois en 30 jours en Suisse, et qu'elle a beaucoup moins souffert. Il faut, d'ailleurs, faire des réserves sur la sincérité de cette première désintoxication, la malade ayant plusieurs fois varié dans les explications qu'elle a données à son sujet et s'étant même livrée à des demi-aveux de truquage et de supercherie.

De ces deux observations, nous pouvons, nous semble-t-il, dégager certains faits particuliers :

1° D'abord, le désir de l'intoxication à deux, qui a poussé nos deux malades à vivre en commun, alors que leur appétence sexuelle, à l'un et à l'autre, était nulle.

2° La grande tolérance à l'opium, qui a permis à l'un de nos deux malades, tuberculeux pulmonaire, de vivre pendant sept ans en prenant des quantités considérables de toxique dans des conditions d'hygiène désastreuses qui, normalement, auraient dû provoquer une évolution rapide.

3° L'innocuité relative chez ce tuberculeux d'injections multiples faites dans des conditions déplorables et sans aucun souci d'asepsie. Il est classique de constater, en effet, qu'un toxicomane, à la période cachectique, fait des abcès très facilement à l'occasion de la moindre piqûre septique. Notre malade tuberculeux, mal nourri, dans un état d'amaigrissement et d'affaiblis-

sement extrêmes, n'a jamais fait aucune réaction infectieuse locale ou générale à la suite d'une seule des dix piqûres septiques qu'il se faisait quotidiennement et au cours desquelles il s'inoculait des germes infectieux directement dans le sang.

4° La voie intra-veineuse est assez rarement employée par les toxicomanes. Nous l'avons cependant rencontrée plusieurs fois sans qu'elle ait provoqué d'accidents graves (1).

Cependant, il est généralement admis dans les ouvrages classiques qu'un toxicomane peut mourir subitement par l'injection accidentelle involontaire de son toxique dans une veine.

Cependant, les morts subites de toxicomanes que nous connaissons n'ont jamais été provoquées par injection intra-veineuse, mais, au contraire, par prise nasale. La voie nasale nous apparaît beaucoup plus dangereuse que la veineuse : une forte dose d'héroïne peut, en effet, se dissoudre rapidement dans le mucus nasal et déterminer un réflexe inhibiteur brutal par l'intermédiaire des riches plexus nerveux de la muqueuse pituitaire et grâce à la proximité immédiate de ces derniers avec les centres supérieurs.

Ces quelques points paradoxaux, ainsi que les doses peu communes prises par l'un de nos deux malades, nous ont paru suffisamment intéressants et rares, pour faire l'objet de cette communication.

### **Action sédatrice de la testostérone dans les états d'excitation chez la femme, par MM. P. GUIRAUD et R. STORA.**

Des expérimentateurs ont constaté que chez certaines femmes en état d'insatisfaction sexuelle avec irritabilité et troubles du caractère, l'injection de sels de testostérone provoquait un état de calme mental avec sensation spéciale de bien-être. De même, à la période initiale de la ménopause, au stade hyperfolliculinique de Zondeck, on a remarqué que l'excitation sexuelle des femmes était améliorée par l'injection des sels de testostérone.

Nous avons recherché si nous n'obtiendrions pas la même action sédatrice chez des femmes aliénées atteintes d'excitation mentale avec agitation et érotisme accentué ; ensuite, nous avons étendu notre expérimentation aux états d'agitation sans érotisme. Nous avons traité le syndrome agitation sans aucune préoccupation de nosologie. Les malades dont nous rapportons les observations entrent dans des cadres assez différents et même quelquefois difficiles à préciser. Par suite du hasard des entrées



et aussi de la spécialisation du service, aucun cas de manie appartenant typiquement à la psychose maniaque dépressive n'y figure. Nos six observations peuvent être groupées ainsi : deux cas de confusion mentale toxi-infectieuse suivie d'agitation prolongée, un cas de débilité mentale avec délire mal systématisé et excitation maniaque, un cas d'agitation continue et prolongée chez une hétérophrénocatatonique, un état maniaque de la ménopause, une malade atteinte de délire aigu récidivant avec constitution cyclothymique.

P. Christine, 19 ans. Confusion mentale toxi-infectieuse chez une débile.

Entrée dans le service le 6 décembre 1938 pour : excitation intellectuelle, expansivité, euphorie, érotisme, propos peu cohérents, logorrhée, hypermimie, idées délirantes mobiles polymorphes, agitation, désordre des actes, éléments oniriques et confusionnels. Parle de son amour pour la musique et un musicien. Début des troubles récent. Etat persistant de confusion mentale avec éléments maniaques, désorientation, amnésie, fuite des idées, fièvre à 38°, élévation à 39°5 le 8<sup>e</sup> jour. Anurie transitoire. Amélioration rapide de l'état général, mais état mental inchangé jusqu'à l'institution du traitement. Urée sanguine : 0,65.

Traitement du 20 janvier au 3 février 1939 : 15 injections de Sterandryl (Propionate de testosterone) à 10 milligrammes. Amélioration des troubles. Sédation progressive de l'agitation qui fait place à une somnolence prolongée.

L'état mental reste encore perturbé malgré le changement notable obtenu. La guérison totale des troubles est obtenue après deux injections de cardiazol (thérapeutique convulsivante). Règles : aménorrhée depuis son entrée. Apparition des règles le 28-2-39. Puberté à 13 ans, bien réglée antérieurement.

CAP. Maria-Luigia, âgée de 17 ans, bonne à tout faire.

Entre dans le service le 20 novembre 1938 présentant un état confusionnel, avec troubles de la mémoire et de l'orientation, réponses à côté ; barrages, rires discordants, agitation motrice, opposition, attitudes anxieuses. Diagnostic : confusion mentale fébrile avec agitation et érotisme. Cette maladie peut être rattachée au moins à titre d'hypothèse à une atteinte de l'encéphale par un virus filtrant.

Le début des troubles est récent.

A l'examen, faciès vultueux ; on note des mouvements choréiques : soubresauts des membres, instabilité motrice, grimaces. Température élevée, 38°5 à l'entrée, la fièvre s'atténue 5 jours après son entrée, puis recrudescence à 40° vers le 8<sup>e</sup> jour, chute rapide et apyrexie consécutive. Urée sanguine élevée jusqu'à 1 gr. 35.

Examen physique : cœur normal. Réflexes tendineux polycinétiques.

ques. Traitée par salicylate de soude. Amélioration de l'état mental vers le 20 décembre.

Restait encore irritable et turbulente, agitation et excitation sexuelle épisodique, désagréable avec le personnel et les autres malades, propos grossiers. Insomnie. On est obligé de l'isoler lorsque des ouvriers pénètrent dans le service à cause de son érotisme.

Traitement par sterandryl : 10 milligrammes par jour, du 1<sup>er</sup> au 20 janvier, du 27 janvier au 7 février.

*Le 18 janvier 1938.* — Sédation complète des troubles affectifs, conscience de son état antérieur, reconnaissance du caractère impulsif de ses actes et propos. Regrets sincères, retour des sentiments de pudeur et de timidité. Reprise de l'embonpoint. Travail correctement à la lingerie.

Le traitement est arrêté le 20 janvier. Bon état mental jusqu'au 26 janvier. A ce moment, nouvel épisode d'agitation turbulente et troubles du caractère. Est alitée.

Reprise du traitement le 27 janvier.

Guérisson complète des troubles. Sortie accordée le 11 février 1939. A été revue et continue d'aller bien.

*Antécédents personnels :* Début des troubles environ un mois et demi avant son entrée : polydypsie, surmenage à son travail, actes de violence (saccage son jardin).

Menstruation : puberté à 14 ans 1/2.

A 15 ans, reste trois mois sans être réglée, — suite d'amaigrissement par privations.

Cycle habituellement raccourci : trois semaines avec pertes abondantes. Rapprochement encore plus marqué, menstruation (cycle de 16 jours). Agitation et colères violentes en période des règles.

Aménorrhée depuis l'entrée. Règles réapparues le 16 janvier.

Antécédents héréditaires : Mère a fait un séjour à l'hôpital Henri-Rousselle.

GAR. Isabelle, âge, 24 ans.

Diagnostic : Bouffée délirante avec excitation maniaque chez une débile.

*Entrée le 13 août 1938 :* présente un état délirant oniroïde. Illusions de reconnaissance très actives. Prend le médecin et ses internes pour des jeunes gens qu'elle a connus. Préoccupations sexuelles très intenses. Se figure qu'elle a été envoûtée par une bohémienne, est envoyée par Dieu pour être la maîtresse à Ste-Anne.

Alternatives de vagues idées d'auto-accusation concernant sa vie passée et d'idées instables de persécution. Réaction de Bordet-Wassermann positive dans le sang et négative dans le liquide céphalo-rachidien. Érotisme extrêmement marqué. Masturbation exagérée. Théâtralisme. Affectation.

Vers le 15 septembre, on commence un traitement spécifique par l'arsénomyl qui est repris au début de janvier.

Le 12 janvier, la malade restant excitée et surtout érotique, on commence le traitement par le stérandryl, même dose, 10 milligrammes par jour, du 12 au 22 janvier.

Déclare qu'elle avait couché toute la nuit avec un de ses amis et qu'elle était maintenant satisfaite. Ne se masturbe plus. S'est mise à travailler et reste tranquille en compagnie des autres malades. Moins grossière dans le service, prend un aspect timide, effacé, attitude contrastant avec celle qu'elle avait antérieurement. Consciencieuse de l'amélioration. Déclare que, depuis qu'elle est malade, elle est malgré elle grossière et désagréable.

Etat persistant jusqu'au 30 janvier 1939.

Le 18 février, elle reçoit 25 milligrammes de propionate de testostérone. Cette injection est suivie d'une sédation passagère de l'excitation.

Elle reçoit deux injections de cardiazol le 23 et le 27, après lesquelles elle est nettement améliorée.

Actuellement, elle reste extravagante, surtout dans son costume, mais ne présente ni agitation motrice, ni érotisme.

Le traitement par le cardiazol sera continué, mais le passage à la chronicité reste possible.

VA. Perla, 22 ans, manouvrière. Diagnostic : agitation persistante, hétérophrénie probable.

Entrée le 20 décembre 1938 pour : excitation psychique avec mobilité de l'humeur, volubilité, déclamations, hypermimie, théâtralisme, instabilité, irritabilité, réflexes tendineux vifs.

Etat persistant depuis l'entrée.

Dans ses antécédents, on note un état semblable remontant au 28 septembre 1933, avec agitation anxieuse, mutisme, opposition aux soins, à l'examen.

Durée, 6 mois.

A reçu une injection de 40 milligrammes d'acéto-sterandryl le 18 février 1939. Sédation de l'agitation pendant une journée environ.

Du., 48 ans. Etat maniaque de la ménopause sur constitution cyclothymique. Est internée le 8 octobre 1938 pour phénomènes d'excitation intellectuelle avec logorrhée, idées de jalousie à l'égard de son mari, irritabilité (est allée faire du scandale à l'usine où travaille son mari). Fonds de débilité intellectuelle. Dans ses antécédents, on note que les troubles du caractère remontent à une dizaine d'années (irritabilité, disputes, idées de jalousie).

A eu 8 grossesses, dont 5 fausses-couches. Ovariectomie unilatérale il y a 10 ans. Etait mal réglée depuis deux ans.

A l'examen, on note une grande agitation, volubilité, invectives violentes et grossières, attention impossible à fixer, logorrhée incoercible, sputation. Insomnie.

Examen physique : Réflexivité tendineuses normale,

Sang : toutes réactions normales.

Etat d'agitation persistant jusqu'à l'institution du traitement. A reçu 10 injections de propionate de testostérone (sterandryl), du 21 au 31 janvier 1939, à raison de 10 milligrammes par jour. Chaque injection provoque un état de somnolence qui dure toute la journée.

Le 23, on constate une sédation manifeste de l'agitation, mais une turbulence épisodique, la malade n'est plus maintenue. Quoiqu'il persiste encore de la fuite des idées, de la mobilité d'humeur avec irritabilité, la malade est nettement améliorée par rapport à l'état antérieur.

Le calme se maintient jusqu'à la fin de la série. On note à ce moment une légère recrudescence des troubles. Le traitement est repris du 17 au 26 février à la même dose. Actuellement, la malade dort bien, s'alimente seule, restant encore irritable et un peu excitée.

L. Julie, 42 ans. Délire aigu récidivant chez une cyclothymique.

Entrée dans le service le 15 novembre 1938, pour excitation maniaque avec fuite des idées, logorrhée subconfuse, idées délirantes floues inconsistantes, érotisme, violences, grosse agitation motrice.

A l'examen : aspect de délire aigu récidivant avec fièvre élevée. A présenté un accès analogue ayant duré du 23 juin 1936 au 5 septembre 1936. Était simplement confuse à ce moment. Ne présentait pas de phénomènes d'excitation maniaque. Température 40°8.

Examen physique : Réflexes tendineux normaux.

Urée sanguine : 0 gr. 83.

Traitement institué du 16 au 23 janvier 1939 par acéto-sterandryl (acétate de testostérone). Dose : 10 milligrammes par ampoule.

Amélioration de l'agitation au cours des premières injections, avec encore de gros troubles du cours de la pensée, rires explosifs, chants. Amélioration légère de l'état antérieur, jusqu'au 19 janvier. A ce moment, recrudescence de l'agitation jusqu'au 1<sup>er</sup> février. Sédation complète des troubles et guérison définitive. La malade est consciente, tranquille, s'occupe dans le service, reste timide et partiellement inhibée.

A noter un élément cyclothymique indubitable. Dans l'intervalle de deux accès, a pu vivre au dehors, mais était autoritaire, extravagante par moments.

L'action thérapeutique du sterandryl est assez curieuse. Comme il s'agit d'une hormone, on pouvait s'attendre à obtenir un résultat assez lentement après être arrivé à un certain seuil d'action physiologique. Nous avons constaté le contraire ; dès le premier ou le second jour, quelques heures après l'injection, comme s'il s'agissait d'une préparation bromurée ou d'un barbiturique, les malades entrent dans un état de calme et même de *torpeur et de somnolence* qui, quelquefois, ne dure que quelques

heures et d'autres fois persiste pendant la durée du traitement et se prolonge après sa cessation. L'agitation motrice disparaît, les malades sont comme assoupies, ne parlent plus spontanément, répondent lentement et péniblement aux questions. Une fois même, nous avons interrompu les injections trouvant notre malade trop somnolente et abattue. L'action sur l'érotisme nous paraît nette, l'excitation sexuelle des malades disparaît rapidement, une nous a même déclaré « qu'après la piqûre, elle avait eu le lendemain, à son réveil, la même impression que si elle avait passé une nuit d'amour avec un de ses amis imaginaires ». Hâtons-nous de signaler que, dans la suite, elle nous a fait la même déclaration à la suite d'une injection de cardiazol. Nous venons de comparer l'action de la testostérone à celle des bromures et des barbituriques ; cela n'est pas complètement exact, l'action de ces derniers médicaments n'est que transitoire, avec la testostérone, au contraire, nous observons la prolongation du calme longtemps après la cessation du traitement et nous avons même l'impression nette que la durée de la maladie est abrégée. Sur les six malades que nous avons suivies, trois sont guéries, une est très améliorée, des deux dernières, l'une, après une période de calme prolongé, tend de nouveau vers l'excitation et l'autre a été influencée favorablement pendant peu de temps, mais elle n'a reçu qu'une seule injection (forte, il est vrai). Nous ne croyons certes pas que les sels de testostérone transforment une maladie récidivante ou incurable en maladie curable, mais ils permettent d'obtenir beaucoup plus vite la guérison d'une agitation curable.

Dans tous les cas, nous avons employé les sels de testostérone sous forme de sterandryl ou d'acéto-sterandryl qui nous ont été gracieusement fournis par les Laboratoires Roussel. Les doses employées ont été variables : habituellement dix milligrammes de sterandryl tous les jours en injections intramusculaires répétées pendant dix jours. Dans deux cas, nous avons utilisé des doses plus fortes : 25 milligrammes de sterandryl et aussi 40 milligrammes d'acéto-sterandryl, mais sans répéter les injections. Nous estimons que les doses quotidiennes de 10 milligrammes sont suffisantes. On pourrait même ne pratiquer l'injection que tous les deux jours.

Ce traitement n'est, bien entendu, qu'à la période d'essais et de tâtonnements, nous ne pouvons pas encore préciser à quels états d'agitation féminine il doit être appliqué plus spécialement, l'expérimentation prolongée seule décidera.

Dans la présente communication, nous voulons rester sur le



terrain des faits cliniques et éviter de formuler des hypothèses explicatives dans le domaine si complexe des hormones sexuelles et hypophysaires. On pourrait penser à la neutralisation d'une hyperfolliculinémie, en effet, les travaux de Stora semblent montrer la réalité d'une folliculinémie importante au cours de certains états maniaques. On sait, de plus, que l'excès thérapeutique de folliculine provoque, chez certaines femmes, des états d'excitation passagère ressemblant à l'hypomanie. On pourrait également penser à une action frénatrice sur l'hypophyse ; on sait que certains auteurs, X. et P. Abély en particulier, soutiennent que l'excitation maniaque comporte une hyperactivité hypophysaire. Rapprochons l'action de l'hormone mâle de celle de la progestine.

Ce ne sont là, répétons-le bien, que des hypothèses séduisantes, nous les formulons par souci d'explication. En réalité, les travaux expérimentaux touchant la question des propriétés physiologiques de l'hormone mâle laissent encore subsister bien des incertitudes.

M. X. ABÉLY. — Les succès thérapeutiques obtenus dans les états d'agitation par MM. Guiraud et Stora sont très intéressants. Paul Abély et moi-même avons eu des résultats fort encourageants en traitant les états maniaques chez la femme par la lutéine, que nous avons précisément choisie parce qu'elle se rapproche beaucoup, chimiquement et physiologiquement, de l'hormone mâle ou testostérone. Nous pensons que ces tentatives se rejoignent heureusement.

Nous connaissons l'interprétation que M. Stora donne personnellement de cette action de la lutéine et par conséquent de la testostérone. Il estime que les états d'excitation sont caractérisés par un excès de folliculine.

L'antagonisme de la folliculine et de la lutéine étant généralement admis, il pense que cette dernière hormone agit par une sorte de neutralisation chimique, qui s'effectuerait surtout au niveau de l'utérus.

Notre opinion est très différente. Les interventions hormonales nous paraissent autrement multiples et complexes. Pour nous, la manie se caractérise, parmi d'autres états hormonaux, par un excès de lutéine, qui est d'ailleurs sous la dépendance d'une action hypophysaire. L'hypophyse sécrète, en effet, deux stimulines antagonistes, l'une stimulant la sécrétion de folliculine, l'autre la sécrétion de la lutéine, et exerce par là une action régulatrice et compensatrice entre ces deux hormones. Si l'on injecte de la lutéine à un sujet déjà saturé de cette hormone (c'est le

cas du maniaque), on provoque, non pas un excès de lutéine, mais au contraire une diminution consécutive par freinage, blocage compensateur, de la stimuline lutéinique, au niveau de l'hypophyse. Ce mécanisme régulateur est essentiel à connaître pour les applications thérapeutiques. Ainsi la lutéine ne nous apparaît pas comme une hormone sédatrice de la psychomotricité par opposition à la folliculine qui aurait une action excitante. Nous croyons au contraire à des propriétés inverses. Nous pouvons en donner une preuve expérimentale. Si l'on injecte à un malade en état d'hypofolliculinémie (c'est le cas des déments précoces en période de calme), on provoque une excitation. L'injection de testostérone agit dans le même sens. C'est que la lutéine ou le testostérone opère ici pour son propre compte, de façon directe, sans entraîner de contre-réaction. Si l'on admet la prépondérance de la folliculine, hormone essentiellement féminisante, on est incapable d'expliquer les symptômes de virilisation unanimement observés dans les états maniaques, alors qu'ils s'interprètent très facilement par la prédominance de la lutéine, hormone masculinisante.

N'envisager que l'hyperfolliculinémie ou l'hyperlutéinémie à l'état isolé n'a d'ailleurs aucune signification. On peut rencontrer, notamment dans la grossesse, des doses élevées de folliculine, en même temps que de lutéine. Seule la proportion des deux hormones permet d'obtenir une formule valable de l'état hormonal et de connaître l'hormone qui l'emporte.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Depuis longtemps, dans mon service, l'administration des extraits de glande mâle est considérée comme un excellent sédatif des états d'excitation à teinte érotique de la femme. Et mon ancien maître Debove les préconisait contre l'excitation sexuelle féminine.

La séance est levée à 17 heures 45.

*Les Secrétaires des séances :*  
Paul CARRETTE et Jacques VIÉ.

---

# SOCIÉTÉS

---

## Société de Neurologie de Paris

---

*Séance du Jeudi 2 Mars 1939*

---

**Présidence : M. MONIER-VINARD, président**

---

**Lésions histologiques de la chorée aiguë,**  
par MM. L. BABONNEIX et J. LHERMITTE.

A l'occasion de la thèse de M. Maury, les auteurs ont examiné à nouveau le cas que l'un d'eux avait publié, avec M. Méry, en 1907. Dans ce cas, les lésions prédominaient sur l'écorce rolandique et sur la région opto-striée ; elles frappaient surtout les cellules nerveuses, moins la microglie, encore moins les vaisseaux. Elles n'étaient nullement du type spécial à l'encéphalite léthargique et ne rappelaient pas davantage celles que l'on considère aujourd'hui comme caractéristiques du syndrome malin.

**Névrite motrice pure post-traumatique à évolution ascendante**  
avec fibrillations disséminées, par MM. BARRÉ et KABAKER.

Les auteurs apportent l'observation d'un homme de 28 ans chez lequel se sont développés, à la suite d'un traumatisme minime de la plante du pied, une parésie avec atrophie des muscles du pied et de la jambe correspondante, en même temps que des fibrillations aux deux cuisses et bientôt aux deltoïdes et aux pectoraux. L'atrophie est simple, elle s'accompagne d'hypothermie très accentuée ; l'achilléen est aboli dans la zone atrophique ; par ailleurs, les réflexes tendineux sont conservés ; la sensibilité sous tous ses modes est parfaitement normale ; il n'y a pas de troubles pyramidaux irritatifs et les signes ordinaires de sclérose latérale amyotrophique classique n'existent pas.

Les auteurs insistent sur le type clinique qui ne paraît pas avoir encore été isolé, sur les conséquences médico-légales qu'il comporte et sur les raisons qui militent en faveur d'une séparation de ce type clinique d'avec la sclérose latérale amyotrophique à laquelle on pense d'emblée devant les fibrillations.

**Préparations d'un cas de poliomyélite. Autopsie au troisième mois**  
(*Projections anatomiques*), par M. NAYRAC.

**Traitement du zona par la vitamine B<sup>1</sup>**, par M. MASQUIN.

Les injections sous-cutanées de vitamine B<sup>1</sup> ont eu une action nette sur la douleur.

M. Lhermitte y ajoute une observation personnelle : l'injection intraveineuse de vitamine B<sup>1</sup> a une action sur les douleurs du moignon.

*Discussion*

M. CHAVANY insiste sur le fait qu'on n'obtient de bons résultats que par les injections intraveineuses.

**Astrocytome du Vermis avec crises postérieures et signes cérébelleux**,  
par M. DAVID.

L'affection ne s'accompagnait pas de stase papillaire. Il existait une dilatation ventriculaire sans hyperpression. La pathogénie de la stase semble donc être en rapport avec la pression intraventriculaire et non la dilatation des ventricules.

**Etude anatomoclinique d'un cas de réanimation par massage du cœur**,  
par MM. DESMAREST et LHERMITTE.

Une femme âgée de 46 ans, anémiée, est opérée pour fibrome et anesthésiée au protoxyde d'azote. Une syncope brutale survient au moment des sutures cutanées. On pratique en même temps un massage du cœur et une injection d'adrénaline dans le ventricule gauche. La patiente survécut pendant deux jours et demi, mais ne reprit pas connaissance. Pendant cette période on observa des contractures tétaniques, un double signe de Babinski : une forte albuminurie et une élévation de la température. L'examen neurologique montre l'existence de dégénération lipoïdiques étendues à tout le cortex cérébral, aux ganglions centraux et même au cervelet ; la moelle est épargnée. La prolifération des éléments microgliaux se montrait des plus nettes sur le lobe frontal. A noter que les lésions apparaissent d'autant plus profondes que l'on se rapproche des circonvolutions frontales.

M. LECONTE.

---

## Groupement Français d'Etudes de Neuro-Psychopathologie Infantile

Séance du Lundi 20 mars 1939

Présidence : M. BRISSOT, vice-président

**Accidents pithiatiques pris pour des manifestations comitiales chez un jeune déséquilibré, par MM. BRISSOT et BUTZBACH (avec présentation de malade).**

Le sujet, actuellement âgé de 19 ans, a une hérédité chargée : père alcoolique, mère internée, sœur arriérée mentale. Lui-même a présenté des convulsions dans l'enfance. A partir de 5 ans, à la suite d'un traumatisme crânien, il se plaint de vertiges ; à 14 ans il fait deux fugues, mnésiques mais impulsives. A la suite d'un malaise étiqueté « crise », malaise survenu après un excès alcoolique, il entend discuter, par des médecins, de l'origine comitiale probable de ces troubles. A partir de ce moment, il présente des crises fréquentes, est placé dans un établissement réservé aux comitiaux, où le traitement au gardénal ne fait qu'aggraver les symptômes. Après deux tentatives de suicide, entourées d'ailleurs d'une certaine mise en scène, motivées par le désespoir d'être atteint d'une maladie incurable, on pratique une ventriculographie. Les crises, alors, redoublent de fréquence et de durée (plusieurs par jour). Il conserve cependant une intelligence intacte. Il est interné à la colonie d'enfants de Perray-Vaucluse, où l'un des auteurs, assistant à une des crises, est frappé par le caractère atypique et théâtral de celle-ci. Une flagellation amène une protestation immédiate du sujet. L'explication donnée par l'auteur au sujet, qu'il ne pouvait pas s'agir d'épilepsie véritable, a amené la disparition instantanée des crises. La guérison semble acquise, car aucune crise n'est réapparue depuis cinq mois.

Ce qui est intéressant dans le cas présenté, c'est que des médecins avertis aient pu aussi longtemps croire à la comitialité.

### *Discussion*

M. TOURNAY fait remarquer que le petit élément organique ayant marqué le début des accidents (insolation), a pu favoriser l'effet de la suggestion mentale médicale.



M. HEUYER signale combien il est difficile de porter un diagnostic certain de comitialité lorsqu'on n'a pu assister à une crise, cas fréquent. Dans l'hystérie infantile, les symptômes, qui apparaissent par auto ou hétéro-suggestion, ont toujours un motif intéressé (inconscient), souvent désir d'attirer l'attention d'une personne aimée. Ici, il serait intéressant de mettre à jour la cause affective des crises pithiatiques.

M. BRISSOT ne voit pas que l'enfant ait pu tirer un intérêt quelconque de son affection.

**Un cas d'acrodynie avec troubles mentaux**, par M<sup>me</sup> LECONTE et M. MAILLEFER (avec présentation de malade des services de MM. Heuyer et Brissot).

Un enfant actuellement âgé de 12 ans, a présenté en 1937 une acrodynie. En même temps, à peu près, qu'apparaissait l'acrocyanose des extrémités, survinrent des troubles mentaux intenses, consistant surtout en confusion mentale avec onirisme terrifiant. Il existait des idées vagues de persécution, d'empoisonnement avec hostilité à l'égard de la mère. Cet enfant fut hospitalisé pendant un an dans le service du D<sup>r</sup> Heuyer. L'acrodynie y régressa presque complètement, l'onirisme également, mais l'enfant restait inerte et indifférent, et son niveau mental, tombé à celui d'un enfant de 7 ans. Rendu à sa mère, il montra à son égard une hostilité et une violence qui motivèrent son internement dans le service du D<sup>r</sup> Brissot à Perray-Vaucluse. Il reste dans un état analogue, avec, peut-être, une légère amélioration. Il existe une tendance à la conservation des attitudes.

#### *Discussion*

M. HEUYER croit qu'à l'heure actuelle on ne peut plus parler ici de confusion mentale, mais bien de démence. Cet enfant, en effet, présente un affaiblissement intellectuel (son niveau mental a baissé de 12 à 7 ans et ceci depuis deux ans ; de la catatonie. L'affaiblissement global le distingue de la démence précoce.

Pour M. BRISSOT, ce qui permet de penser qu'il s'agit encore d'une confusion mentale, c'est qu'on peut sortir momentanément l'enfant de sa stupeur. Il se rapproche de la confusion mentale avec stupeur.

M. MAILLEFER signale que la leucocytose persistante permet d'espérer qu'il s'agit d'un état encore évolutif.

M. HEUYER fait remarquer que les conceptions nouvelles sur la démence concordent très bien avec cette notion d'état évolutif.

S. LECONTE.

---

## Société de Médecine Mentale de Belgique

---

Séance du 25 Février 1939

---

Présidence : M. DE GREEFF, président

---

### Maladie d'Alzheimer ayant évolué comme une maladie de Pick, par M. P. DIVRY.

Les premières manifestations saillantes d'une déchéance démentielle progressive sont apparues chez ce malade vers l'âge de 57 ans. Elles ont consisté avant tout en un déficit mnésique considérable comportant, dans le domaine de l'élocution, une réduction extrême du vocabulaire et un syndrome aphasique de type amnésique. Dans la déchéance du sujet, il importe aussi de souligner le contraste entre l'attention passive, sensorielle, qui reste vivace, et l'attention active, qui est fortement déficitaire. Au point de vue affectif, la note dominante a été l'apathie nuancée d'une certaine euphorie béate et de craintes puériles. En somme, tout plaideait en faveur d'une maladie de Pick : inertie et indifférence du sujet, inconscience de son état morbide, aphasie de type moteur et amnésique avec tendance au mutisme, conservation relative des fonctions gnosiques et praxiques, pauvreté des réactions psychomotrices, absence de troubles moteurs, de mouvements itératifs et de phénomènes délirants ou hallucinatoires.

Cependant l'examen histopathologique infirma le diagnostic clinique en révélant l'existence indubitable d'une maladie d'Alzheimer avec atrophie lobaire moyennement accusée.

Ce cas montre une fois de plus combien le diagnostic différentiel entre maladie de Pick et maladie d'Alzheimer est difficile à poser du point de vue purement clinique.

### Corps jaune et épilepsie, par M. R. DELLAERT.

Après avoir rappelé que chez les épileptiques les crises convulsives et les équivalents comitiaux sont moins nombreux pendant la période de la grossesse, l'auteur rapporte les effets thérapeutiques très encourageants qu'il a obtenus en prescrivant l'hormone lutéinique chez des femmes atteintes d'épilepsie. Des résultats nets ont également été enregistrés en utilisant cette médication chez quelques jeunes garçons souffrant d'épilepsie. L'auteur estime que l'action thérapeutique est d'ordre pharmacodynamique, antispasmodique, et non humorale.

---

Jean TITECA.

## Société Belge de Neurologie

---

Séance du 25 Février 1939

---

Présidence : M. R. NYSSSEN, président

---

### Les phénomènes de préhension forcée et d'agrippement, par MM. L. LARUELLE et L. MASSION.

En s'appuyant sur la présentation de trois malades, d'un film et de documents anatomiques, les auteurs montrent l'importance clinique du signe de la préhension forcée (le « grasping reflex » des Américains) et de quelques autres symptômes qui tous consistent, à la suite d'excitations cutanées, en des mouvements involontaires des membres dirigés vers le lieu de la stimulation. Ils insistent en particulier sur la valeur localisatrice du réflexe de préhension forcée.

**Polynévrite sensitivomotrice avec ataxie cérébelleuse et hyperalbuminose sans lymphocytose du liquide céphalo-rachidien, par MM. L. LARUELLE, L. MASSION et J. MOLDAVER.**

Observation clinique d'un jeune garçon de 14 ans 1/2 chez qui évoluent depuis deux ans des troubles polynévritiques et cérébelleux. Malgré une certaine atténuation des symptômes ataxiques au cours des derniers mois, des signes de dégénérescence musculaire de plus en plus nets ont été décelés par des examens électrologiques successifs.

### Sur un cas de polynévrite à l'ulirone, par M<sup>me</sup> RADERMECKER.

Un jeune homme de 27 ans contracte une blennorragie pour laquelle il est soumis à un traitement à l'ulirone ; deux mois plus tard, il manifeste une névrite grave des membres inférieurs (qui n'a pas les caractères d'une polynévrite gonococcique). A propos de ce cas, l'auteur passe en revue les principaux accidents qui peuvent apparaître au cours d'un traitement à l'ulirone : accidents généraux (hyperthermie, asthénie), cutanés (urticaire, eczéma), sanguins (anisocytose, sulfoglobulinémie, méthémoglobinémie) et nerveux (névrite optique ou polynévrite symétrique des membres inférieurs avec réaction de dégénérescence partielle, amyotrophie, diminution de la sensibilité cutanée et profonde et abolition des réflexes tendineux). Le pronostic de ces accidents est généralement favorable.

**Contribution anatomo-expérimentale à l'étude des commissures supra-optiques, par M. M.-A. GEREBTZOFF.**

Une étude histologique minutieuse des dégénérescences survenues chez trois lapins à la suite de lésions expérimentales bien localisées, étude poursuivie sous la conduite du Professeur D'Hollander, permet à l'auteur de préciser les connexions des commissures supra-optiques avec les noyaux hypothalamiques, métathalamiques et les corps striés.

La commissure supra-optique dorsale, ou commissure de Ganser, comprend une partie dorsale en rapport avec l'hypothalamus et une partie ventrale faite de fibres interluysiennes. La commissure supra-optique ventrale est une voie tecto-métathalamique croisée dont la partie dorsale, ou commissure de Meynert, est formée par des fibres acoustico-optiques et dont la partie ventrale, ou Commissure de Gudden, est au contraire formée par des fibres optico-acoustiques.

**Psychose de Korsakov avec polynévrite au cours d'une septicémie post-puerpérale, par M. M. MAERE.**

Relation clinique de l'histoire d'une malade qui, après un avortement à deux mois, a présenté d'abord des troubles confusionnels aigus en relation avec une grave septicémie d'origine utérine, puis un syndrome typique de Korsakov avec perte de la mémoire de fixation et confabulation. Cinq mois plus tard, les troubles psychiques se sont graduellement atténués, sans que toutefois une guérison intégrale ait été obtenue. L'auteur croit à l'origine toxi-infectieuse du syndrome psychique.

Jean TITECA.

---

# ANALYSES

---

## LIVRES, THÈSES, BROCHURES

---

### PSYCHOLOGIE

**L'Année psychologique.** 38<sup>e</sup> année (1937), publié par Henri PIÉRON, Professeur au Collège de France et à l'Institut de Psychologie de l'Université de Paris, Directeur du Laboratoire de Psychologie de la Sorbonne, Co-Directeur de l'Institut National d'Orientalisation professionnelle (2 vol. in-8°, 1004 pages, in *Bibliothèque de Philosophie contemporaine*, Félix Alcan, édit., Paris, 1938).

Les deux volumes de l'Année psychologique qui viennent de paraître sous la direction du Professeur Henri Piéron contiennent comme chaque année des Mémoires Originaux, des Notes et Revues, et des analyses bibliographiques.

De leurs *Recherches sur le papillotement et la dualité de la vision aux brillances élevées*, MM. Yves Le Grand et Eugène Geblewicz concluent que pour les niveaux élevés de brillance et l'adaptation diurne, la vision latérale semble régie par des lois plus compliquées que la vision centrale. Il y a une véritable dissociation des propriétés chromatique et incolore, une dualité de la vision latérale. Schématiquement, il faut supposer un « centre de vision incolore » qui exécute une sommation d'excitations provenant de cônes et de bâtonnets, et un « centre chromatique » qui fonctionne par combinaison d'influx provenant des trois types de cônes de la théorie Young-Helmholtz. Ce centre chromatique serait inhibé par le papillotement : ceci n'est d'ailleurs qu'une hypothèse de travail.

D'un mémoire intitulé *Quelques suggestions apportées par la physiologie au problème du sens vibratoire*, M. A. Fessard conclut que les impulsions nerveuses discrètes qui, par leur fréquence, signalent aux centres l'intensité du stimulus, sont très tôt transformées en niveaux graduables d'excitation ; ce sont ces niveaux, où la trace des périodicités afférentes se trouve généralement effacée, qui paraissent être les véritables initiateurs de la réponse perceptive. Dès lors, il n'y a plus à parler, à propos de la perception de vibration, d'un paradoxe intensité-fréquence.

MM. P. et R. Fraisse, étudiant la *Mémoire immédiate*, indiquent ici la technique et les résultats de leurs recherches sur l'*Appréhension des sons*. La capacité d'appréhension est de 5 à 6 sons, aussi bien chez les adultes



que chez les enfants de 5 à 7 ans. Elle est indépendante de l'intervalle quand celui-ci est compris entre 0,15 et 0,80 sec., et peut être considérablement augmentée par le groupement des sons. Les expériences relatées montrent que l'intelligence du sujet intervient de plusieurs manières pour venir en aide à la perception, justification indirecte de l'emploi de tests d'appréhension immédiate de séries de chiffres dans les échelles métriques d'intelligence.

Dans un article intitulé *Stimulation à cadence rapide et motricité chez les sujets fréquemment blessés*, MM. J. M. Lahy et S. Korngold, continuant leurs expériences ayant pour but de rechercher si les sujets qui se blessent fréquemment en travaillant se distinguent de ceux qui ne se blessent jamais, par le niveau de leurs fonctions mentales ou de leurs fonctions psychomotrices, indiquent les résultats de leurs *Nouvelles recherches expérimentales sur les causes psychologiques des accidents du travail*. Ils se proposent de poursuivre ces recherches en vue d'essayer de dégager la loi qui régit la coordination ou la dissociation des mouvements en fonction du rythme de la stimulation.

M. Zoran Bujas, après avoir donné les résultats des expériences faites par lui au laboratoire de psychologie de l'Université de Zagreb pour étudier *la sensibilité au froid en fonction du temps*, recherche ce que peut donner *le rétrécissement du champ visuel comme test de fatigue*. Il conclut que la fatigue, provoquée par un travail intellectuel, consistant dans le marquage des signes sonores, a pour effet un rétrécissement du champ visuel, rétrécissement dont le degré croît, jusqu'à une certaine limite), avec la quantité de travail accompli et avec l'impression subjective de fatigue. Après un travail de courte durée, les limites du champ visuel reviennent d'abord rapidement et ensuite de plus en plus lentement à la normale; après un travail plus long, au contraire, le rétrécissement initial persiste et son maximum se manifeste même souvent après un certain temps de repos. Avec le repos, le champ visuel revient à la normale et même, souvent, s'élargit légèrement sous l'influence du repos complet.

Continuant leurs expériences MM. G. Durup et H. Piéron apportent dans ce volume les résultats de leurs recherches *sur la marge réductible des temps de réaction à des accroissements brefs de brillance*. Le fait que la marge réductible ne se réduit pas quand le niveau de brillance initiale s'élève ne permet pas de faire appel, pour rendre compte de cette marge, dans ce cas, à l'hypothèse d'une réduction de l'intervalle de deux influx consécutifs intégrés dans les centres (par un mécanisme itératif) pour déclencher la réponse sensorielle.

Citons encore les travaux de M. N. I. Shen sur *les différences individuelles dans les fréquences critiques de la fusion visuelle et la théorie de la persévération de Spearman*, et de MM. G. Goldman et J. Ségal sur *les interférences induites par des stimuli intermittents dans l'encéphalogramme de l'homme*.

Signalons enfin, dans les « Notes et Revues », l'observation et l'analyse, par M. Constantin Georgiade, d'un cas d'aphémie transitoire de la langue maternelle avec conservation d'une langue étrangère à la suite d'un traumatisme crânien chez un enfant de 8 ans ayant reçu, dans la région temporale gauche, un coup de sabot de cheval avec plaie crânienne pénétrante. Sous la violence du choc, les dynamismes associatifs, de transmission motrice et de connexion avec les centres phréniques des deux langues, se trouvant immobilisés fonctionnellement, ont rendu impossible l'activité convergente et coordinatrice des organes moteurs du langage.

De plus, un grand nombre (1852) d'analyses bibliographiques méthodiquement classées, rendent, comme chaque année, ces deux volumes indispensables à toute bibliothèque psycho-physiologique ou psycho-pathologique.

René CHARPENTIER.

**La pensée préconsciente. Essai d'une psychologie dynamiste**, par C. KONCZEWSKI. Introduction de M. Pierre JANET, Membre de l'Institut, Professeur honoraire au Collège de France (1 vol. in-8°, 274 pages, in *Bibliothèque de Philosophie contemporaine*, Félix Alcan, édit., Paris, 1939).

Dans cet ouvrage, qui est avant tout un essai de psychologie descriptive, l'auteur, partant de ce principe que le rôle de l'élément affectif dans le travail mental et dans les processus intellectuels eux-mêmes est généralement encore sous-estimé, se propose d'appliquer surtout la méthode d'observation intérieure, ne s'aidant que de façon accessoire du résultat d'autres méthodes. L'introspection permet de mettre en lumière l'intervention continuelle de l'affectivité dans les différents processus de la vie mentale, de montrer que l'affectivité joue dans le travail mental un rôle éminemment actif et créateur. Deux pôles principaux de notre vie affective, l'un réaction du moi aux stimuli externes, l'autre source autonome de sentiments, sont le point de départ d'une sorte de dualisme psychologique qui caractérise toute la vie de l'esprit et que nous retrouvons dans les diverses formes de notre activité mentale.

L'étude de ce dualisme de la conscience conduit à la conception d'une « psychologie dynamique » dans laquelle des facteurs souvent subconscients, surtout affectifs, sont à la base de la formation de la personnalité.

C'est dans cet esprit que M. Konczewski entreprend la description de la pensée préconsciente. La pensée est avant tout organisation de la vie et expansion de la personnalité. Il étudie donc le rôle de l'affectivité dans le travail mental et l'influence exercée sur notre esprit par l'ambiance et par notre personnalité profonde dont l'opposition autorise la conception d'un dualisme psychologique de la conscience, ainsi que l'organisation rythmique de notre activité psychologique et la spontanéité de son développement. L'étude de la mémoire confirme que notre passé fait partie de notre personnalité profonde et qu'il tend à se perpétuer dans le présent et dans l'avenir. La formation de notre personnalité est inséparable de l'organisation d'un rythme qui s'identifie avec ce qu'on appelle la durée intérieure. S'amplifiant vers un maximum de plénitude, ce rythme, à un degré suprême, atteint l'aspect du repos absolu, parfois même d'un état d'extase qui, sans s'identifier au néant, s'en approche cependant.

Approcher la psychologie de la vie réelle sans s'effrayer de sa complexité, tel est l'essentiel de la méthode de l'auteur. Ainsi que l'écrit, dans une très intéressante introduction, le professeur Pierre Janet, la psychologie présente aujourd'hui une tendance à dépasser l'observation immédiate et à pénétrer dans les profondeurs de l'esprit. En essayant de dépasser la personnalité apparente et superficielle pour atteindre le « moi profond », l'auteur « s'est peut-être un peu laissé entraîner de l'observation psychologique à la spéculation philosophique ». Aussi ses conclusions sont-elles assez décourageantes pour la psychologie introspective. « Interpénétration, fluidité, tel est l'aspect des faits psychologiques. »

René CHARPENTIER.

**La conscience et le système nerveux**, par Dom Thomas VERNER MOORE. *Studies in Psychology and Psychiatry*. T. 4, n° 3, 1 vol. in-8°, 94 pages. Edité par *The Williams and Wilkins Company*, Baltimore, janvier 1938.

Les deux parties du volume traitent, la première des rapports de la conscience avec les troubles de la personnalité, la seconde des rapports de la conscience avec les fonctions nerveuses.

La tendance métaphysique apparaît avec l'étude des états de conscience. Le principe de l'unité de la personnalité psychique y est défendu. Il est rappelé dans les derniers chapitres.

Head interprète la pensée d'Aristote en concluant que l'esprit humain dépend de ses sens et de l'activité imaginative consécutive. Pour M. Verner Moore, cette interprétation est erronée. L'entéléchie élabore des conceptions qui ne sont localisables ni dans le système nerveux, ni dans les autres parties du corps. Une image visuelle, perçue par la rétine, projetée dans le cortex de la calcarine, associée à d'autres impressions, permet une série d'interprétations psychologiques qui ne sont pas localisées et ne peuvent pas l'être.

La perte de conscience de l'épilepsie ou des névroses, les prétendus états de dédoublement de la personnalité, les amnésies liées à des lésions cérébrales prouvent que les moyens d'expression de la pensée peuvent être troublés par une altération des mécanismes cérébraux. Les expériences de Pavlov montrent l'étendue et la complexité des réactions psycho-motrices. Le système nerveux n'est pas un ensemble de centres spécialisés, mais un centre de connexions en évolution, capable de rétablir des suppléances et chargé de contrôles multiples.

Pour l'auteur, toutes ces constatations ne permettent pas de résoudre le problème de la pensée elle-même. La vie intellectuelle, la conscience, restent étrangères à l'activité organique qui fournit le matériel utile à leurs élaborations. L'analyse d'un réflexe conditionnel suppose une suite de raisonnements, qui est proprement la critique et échappe au domaine physique.

P. CARRETTE.

**La signification de la psychologie expérimentale en médecine.** Leçon publique donnée le 15 février 1939, par le docteur Berthold STOKVIS, Directeur du laboratoire de psychologie expérimentale de la clinique psychiatrique de l'Université de Leyde (Directeur : le professeur Dr E. A. D. E. CARP) à l'occasion de l'inauguration de ses travaux comme professeur agrégé de psychologie expérimentale. 1 brochure, in-8°, 25 pages, N.-V. Uitgevers Mij « De Tijdstroom », Lochern, 1939.

Dirigé par toute son éducation vers les sciences naturelles, le médecin est souvent enclin à sous-estimer les branches d'une science dont l'étude n'implique pas des méthodes d'examen exactes et systématiques. C'est ainsi que la psychologie expérimentale elle-même n'a pas échappé au reproche de recourir pour ses investigations à des méthodes peu scientifiques, assertion d'ailleurs dénuée de fondement. Après avoir retracé l'évolution de la psychologie expérimentale en science exacte et donné un aperçu critique des divers courants psychologiques, M. Berthold Stokvis montre les progrès accomplis, depuis les travaux de Lotze, dans le domaine de la psychologie expérimentale médicale. Nous savons aujourd'hui qu'au cours d'une maladie physique, cer-

tains faits psychologiques se laissent déterminer et influencer ; il appartient donc au psychologue expérimental de rechercher la fonction psychique de la maladie. Dans ce but, il aura recours aux moyens que lui fournissent les méthodes d'expérimentation modernes pour « l'étude exacte de l'individu en lui-même », en tenant compte de tout l'entourage, de toutes les influences du milieu où celui-ci se trouve obligé de vivre. Le médecin a ici à sa disposition tout l'arsenal des méthodes d'examen, toutes les ressources de la psychologie expérimentale et thérapeutique.

La seconde partie de cet exposé est la justification du droit d'existence et du bien-fondé de la psychologie expérimentale, ainsi que de ses méthodes d'études. Certains milieux scientifiques, particulièrement ceux qui sont adonnés à la philosophie, mais parfois aussi les médecins eux-mêmes, ont cru, bien à tort, que la « psychologie des laboratoires » n'atteint que les couches superficielles de l'esprit et que les domaines plus profonds, la volonté, les affections passionnelles, restent inaccessibles à l'expérimentation. S'appuyant sur des expériences faites dans le laboratoire de psychologie expérimentale de la clinique psychiatrique de Leyde, l'auteur s'élève contre cette opinion. Au laboratoire on s'applique à atteindre à la réalité en développant expérimentalement les structures dynamiques des systèmes dont on veut étudier les lois constantes. On s'efforce de définir et de mesurer quantitativement les différences qualitatives apparues dans la vie sentimentale.

En tant que science médicale, la psychologie expérimentale s'impose surtout pour le diagnostic et plus spécialement pour le diagnostic différentiel, mais elle a aussi une valeur thérapeutique. En clinique, l'examen expérimental (aussi bien le « test » que les moyens d'expression psychophysiologique) est très important tant pour l'étude de l'étiologie que pour le diagnostic symptomatologique et différentiel. La psychologie expérimentale a fait des apports importants, tant à la médecine générale qu'à la pharmacologie, l'hygiène et la médecine interne en particulier. M. Berthold Stokvis fait ressortir l'importance de la psychologie expérimentale pour le « choix d'un état de vie », de ce qu'on a appelé le « test-profil », l'intérêt de la psychotechnique pour le médecin, de même que l'importance de la psychologie expérimentale pour la médecine légale, la détermination de la responsabilité légale, de la valeur d'un témoignage en justice, etc...

Après avoir mis en lumière la valeur diagnostique différentielle de la psychologie expérimentale, l'orateur appuya davantage sur sa valeur thérapeutique, surtout par rapport à la psychothérapie. Il s'attacha à montrer par des exemples et par des expériences personnelles que la psychologie expérimentale est intimement liée à la psychothérapie, l'une et l'autre s'appliquant à saisir de façon concrète le caractère individuel et particulier du cas à examiner.

Le but de la psychologie expérimentale médicale doit être strictement défini comme la tendance vers une évolution qui, s'appuyant sur des bases modernes, la met au service de la médecine par l'emploi de tous les moyens nouveaux de la psychologie expérimentale, dans le sens le plus large du mot. Cela exige une expérimentation vécue, une étude systématique et expérimentale de l'individu lui-même dans le sens indiqué par Ach, et la réaffirmation effective des liens traditionnels qui rattachent la psychologie à la philosophie.

**Premiers principes d'une théorie générale des émotions. Observations complémentaires**, par Marius LATOUR. 13 brochures in-8°, *Félix Alcan, éditeur*, 12 février 1936, 31 décembre 1938.

Les treize brochures de M. Latour forment le complément du volume publié en 1935. Les quatre premières séries sont formées de notes reportant aux différents chapitres du livre. Au début de la 5<sup>e</sup> brochure, l'auteur justifie son titre. Certes, la crainte, l'indignation, le dédain sont des états émotifs que l'on pourrait désigner sous le nom de sentiments, mais par un abus de langage, puisque « le sentiment de crainte », par exemple, implique le contenu d'un jugement. Il n'en est pas moins vrai que cette combinaison est l'expression de la vie psychologique elle-même. En sorte que toucher à la notion d'émotion entraîne à considérer les problèmes de philosophie, de morale, d'esthétique qui s'y rapportent, et accidentellement les questions psychiatriques. Dépouillé de ces rapports, l'émotion reste un état aux aspects divers : déprimant, excitant, — déterminant une série de modifications physiologiques : angoisse, fatigue. Déjà les notes de la 3<sup>e</sup> série sont des suggestions tirées des travaux de l'école de Pavlov.

Cependant, tous ces documents ne sont pas seulement utilisés par M. Latour pour analyser l'émotion. Ils nous conduisent à exposer et à justifier sa théorie (6<sup>e</sup> brochure). Elle contient implicitement la conception allemande de la Forme. Les émotions élémentaires initiales de l'enfant, comme celles du primitif, sont fournies par les évocations imaginatives à caractère zoomorphique ou anthropomorphique, relevant plus généralement de l'*animisme* et subsistant à l'état résiduel, à l'état d'*intentions* chez l'adulte. L'égomorphisme conduit M. Latour de la notion du beau au Ministère des Loisirs, mais après ces considérations à caractère épisodique, il en vient tout naturellement au problème du réel et du vrai.

Les états de conscience et les manifestations de la personnalité (séries 9 à 11) continuent leur contribution à la documentation générale. La 13<sup>e</sup> série est un essai d'interprétation des états psychopathiques par la théorie générale. Il emprunte beaucoup aux conceptions de M. Pierre Janet dans « de l'Angoisse à l'Extase » et à la notion des *degrés de réel* avec ses corollaires : l'imprécision, la dissociation. La folie par persistance du sentiment de vide et d'irréel se complète par l'occupation du « monde évacué ».

P. CARRETTE.

## PSYCHIATRIE

**Les états terminaux de la schizophrénie**, par A. EDELSTEIN (1, brochure, in-8°, 114 pages, Travail de la Clinique Psychiatrique du 1<sup>er</sup> Institut de médecine de Moscou. Edition de l'Institut de Médecine, Moscou, 1938).

La question des états terminaux de la schizophrénie a été fort peu étudiée jusqu'à ce jour. L'auteur s'efforce tout d'abord de préciser la différence qui existe entre « déficit » et « état terminal ». Tandis que le premier se forme dès la phase aiguë, puis se développe étant en quelque sorte « dynamique », le second n'apparaît que plus tard et se modifie si peu qu'on peut le qualifier de « statique ». Le déficit est toujours partiel,



l'état terminal — total : c'est en somme un nouveau tableau clinique qui apparaît dans lequel — fait à retenir — on ne discerne plus la personnalité première. La définition suivante (en français) est proposée par Edelstein : « Nous entendons par état terminal un état déficitaire stable présentant une symptomatologie processuelle des plus minimes. »

L'originalité de la monographie d'Edelstein — basée sur 166 cas, dont plus de la moitié ont été suivis pendant plus de 10 ans — consiste en ceci qu'il place au premier rang, non pas tant l'aspect clinique extérieur, le comportement des sujets que l'examen psychopathologique. Après avoir montré que les symptômes des états terminaux sont toujours fixes et irréversibles et que même la thérapeutique par le travail n'arrive pas à les modifier, il passe en revue les principaux troubles constatés :

a) troubles de la conscience revêtant trois formes (altérations très légères, incohérence, désagrégation) ; b) troubles de l'intelligence proprement dite, avec comme phénomène marquant et caractéristique l'affaiblissement pouvant aller jusqu'à la perte totale de la spontanéité et de l'initiative ; c) troubles délirants (le délire devient monotone et ultérieurement apparaissent des idées de grandeur sur un fond d'euphorie).

Après avoir rappelé la classification de Kræpelin qui distinguait 8 types cliniques terminaux et celle récente de Léonhard qui en distingue 14, Edelstein propose la sienne, basée avant tout sur la structure psychologique. Les syndromes doivent être considérés comme les reflets des différentes variétés de destruction de la personnalité, car c'est en définitive cette destruction qui détermine le résultat final. Quatre types fondamentaux peuvent être distingués étant donné d'ailleurs qu'il ne s'agit pas de classer tous les cas dans des cadres rigides mais de fournir seulement une base pour leur groupement, de multiples variétés individuelles pouvant être observées. Les types sont les suivants :

1. Syndrome asthénéo-aboulitique. — Il est essentiellement caractérisé par la triade symptomatique « des trois a » : asthénie, aboulie, apathie. Ici, la lésion se porte de préférence sur la sphère de l'affectivité et de la volonté. Ces malades sont rarement hospitalisés.

2. Syndrome dit organique. — A la base on trouve un déficit rappelant la démence organique : affaiblissement marqué de l'esprit critique, rétrécissement de l'horizon psychique, appauvrissement du bagage intellectuel, épuisement mental.

3. Syndrome de désintégration de la personnalité. — Il donne l'impression de schizophrénie par excellence. On trouve ici un contraste frappant entre une profonde dégradation de la personnalité, une « stupidité affective », un comportement absurde et une finesse particulière jointe à un maniérisme assez prononcé.

4. Syndrome de ruine. — C'est le type de la déchéance totale liée à une dislocation complète de la personnalité. Seules subsistent encore les fonctions psychiques inférieures.

Après ce trop court résumé on est autorisé de dire, croyons-nous, que le travail d'Edelstein qui s'appuie, en dehors des recherches personnelles, sur une connaissance parfaite de la bibliographie du sujet et notamment des publications françaises, comble une véritable lacune et que les types qu'il a réussi à dégager méritent d'être retenus.

HALBERSTADT.

**Etats d'insuffisance psychique sur fond d'oligophrénie légère. Etude analytique de psychologie individuelle** (*Psychische Insuffizienz Zustände bei Oligophrien leichter Grades. Eine persönlichkeitsanalytische Untersuchung*), par E. GOLDBEHL, de Lund, Suède. 1 vol. in-8°, 411 pages plus un appendice de 70 pages, supplément XV des *Acta Psychiatrica et Neurologica*, Levin et Munksgaard édit., Copenhague 1938.

Approfondir la symptomatologie des psychoses des débiles intellectuels et tenter une classification basée sur la structure psychologique individuelle, tels sont les buts principaux de cet ouvrage. Les psychoses des débiles, si simples dans leurs expressions cliniques, doivent se prêter mieux que d'autres, à une étude individual-psychologique, dont les résultats peuvent démontrer l'utilité de cette méthode d'analyse pour l'étude des psychoses fonctionnelles en général.

L'auteur s'inspire des conceptions de H. Sjöbring, qui admet quatre qualités fondamentales de la personnalité psychique : la capacité, la validité, la solidité, la stabilité. Leurs variantes infranormales forment le substratum des troubles constitutionnels suivants : la subcapacité détermine l'oligophrénie, la subvalidité la neurasthénie, la subsolidité l'hystérie, la substabilité la constitution maniaco-dépressive. L'individu peut être déficient dans un seul de ces domaines et il peut l'être dans plusieurs à la fois ; ces infériorités impriment à l'ensemble du psychisme des traits caractéristiques ; elles rendent le sujet plus vulnérable au point de vue psychique, insuffisamment armé à l'égard des situations critiques de l'existence ; cette insuffisance se manifeste par des réactions psychosiques.

L'auteur analyse l'état mental de l'individu subcapable, débile intellectuel, et montre sa tendance à réagir d'une façon inadéquate devant des difficultés qui dépassent ses moyens, d'y réagir par l'incompréhension, par des phénomènes de stupeur émotive, ou d'agitation accompagnée d'obnubilation psychique. Les réactions affectives sont primitives et le fond affectif présente un certain degré de labilité.

La grande fréquence des psychoses chez les débiles intellectuels est frappante. Mais toutes ne s'expliquent pas comme des troubles réactionnels déclenchés par des difficultés extérieures, des chocs ou des conflits affectifs, etc. ; les cas sont nombreux dans lesquels aucune cause déterminante adéquate ne peut être identifiée. D'une part, une première atteinte d'origine réactionnelle semble créer une prédisposition à des récurrences spontanées ou sous l'effet de causes insignifiantes ; d'autre part, on observe incontestablement, chez les oligophrènes des psychoses autochtones, survenant d'emblée sans intervention de causes externes, présentant toujours un appoint organique plus ou moins net. Les psychoses fonctionnelles pures et les psychoses avec appoint organique se manifestent pour la première fois dès l'âge jeune de préférence (15-30 ans) ; le pronostic quant à l'accès est essentiellement bon, mais l'évolution vers la chronicité est parfois observée.

Le fond mental constitutionnel confère des caractères spécifiques au tableau clinique des psychoses des oligophrènes : dépression affective prédominante, délires paranoïdes et hypocondriaques avec pauvreté des concepts, tendance aux états d'obnubilation psychique avec hallucinations primitives, surtout visuelles, états d'inquiétude et de stupeur, réactions explosives diverses. Les uns s'expliquent aisément par les particularités du fond intellectuel et affectif ; d'autres sont l'expression de mécanismes primitifs, archaïques, chez ces êtres d'une organisation psychique inférieure.

Quand la subcapacité se combine avec l'un des autres états d'infériorité ou avec plusieurs à la fois, la vulnérabilité psychique est encore aggravée. Les aspects cliniques des psychoses sont modifiés sous l'influence du fond constitutionnel associé ; mais celui-ci agit de manière à créer des syndromes typiques, caractéristiques.

Ainsi on aboutit à une classification basée sur le fond constitutionnel : psychoses chez les oligophrènes simples, psychoses chez les oligophrènes subvalides, chez les oligophrènes subsolides, etc., etc. Dans chaque groupe, l'auteur distingue les syndromes fonctionnels purs et les syndromes avec appoint organique. Il consacre des chapitres spéciaux à l'étude des rapports entre la débilité et la schizophrénie et à l'association de la débilité avec des troubles organiques divers. La schizophrénie « greffée » existe incontestablement. L'auteur en a identifié 39 cas, 4,6 % de la totalité des schizophrénies traitées pendant une période déterminée. Le tableau clinique est constitué par le mélange des troubles oligo- et schizophréniques. Rien n'autorise à considérer la schizophrénie greffée comme une entité nosologique autonome.

Signalons comme une des conclusions essentielles de ce travail volumineux, étayé par de nombreuses observations cliniques, les unes dispersées dans le texte, les autres réunies dans un important appendice, que l'auteur nie l'existence d'une entité autonome : psychose des débiles. Certaines psychoses épisodiques rencontrées chez les débiles, autochtones et au caractère organique prononcé, forment, il est vrai, un groupe clinique très homogène ; mais leur unité au point de vue pathogénique ne paraît pas pouvoir être admise.

E. BAUER.

## NEUROLOGIE

**Les polio-encéphalites subaigües primitives**, par J. LAFON. 1 brochure in-8°, 150 pages, Delmas, éditeur. *Thèse*, Bordeaux 1938-1939.

Il était classique d'attribuer à la syphilis certains tableaux de paralysies nucléaires multiples, primitives, des nerfs craniens qui guérissaient à l'occasion d'un traitement : il s'est trouvé que depuis quelques années ce tableau s'est rencontré avec une fréquence plus grande, sans que l'étiologie syphilitique fût sa preuve ; bien plus, ces paralysies guérissaient spontanément, même si l'on négligeait d'instituer le traitement antisiphilitique classique ; dès lors, ne fallait-il pas modifier nos conceptions et adopter une position plus éclectique qui, sans négliger le rôle possible de la syphilis, fût cependant une place aux infections à virus neurotropes, ces nouvelles venues de la neuropathologie. Tel est le problème qu'a abordé l'auteur.

A l'aide de nombreuses observations personnelles, particulièrement démonstratives, et après avoir réuni les observations éparses dans la littérature sous les étiquettes les plus diverses, l'auteur trace le tableau clinique et ses limites : les ophtalmoplégies complètes ou dissociées, les paralysies et surtout les diplégies faciales, les paralysies du voile sont les atteintes les plus fréquentes, mais toutes les paires craniennes peuvent être touchées sans règle fixe, bien qu'on observe surtout un groupement unilatéral ou un groupement bilatéral et symétrique des paralysies ; les grandes voies de conduction nerveuse restent intactes et le liquide céphalo-rachidien normal,

L'évolution se fait souvent en plusieurs temps, par vagues successives, et la régression complète est habituelle en un à trois mois.

Le diagnostic différentiel doit être discuté avec les complications des tumeurs de la base, le zona, le botulisme, certaines névrites tronculaires, les paralysies symptomatiques d'une syphilis nerveuse. La distinction est plus difficile avec les formes pédonculaires et bulbo-protubérantielles de la sclérose en plaques, de la poliomyélite et de l'encéphalite épidémique ; elle est le plus souvent possible grâce aux caractères différentiels qu'établit l'auteur.

Toute précision étiologique serait prématurée : il semble qu'il faille incriminer un virus neurotrope autonome, encore qu'on ne puisse éliminer formellement l'hypothèse de la spécialisation polio-encéphalitique d'un virus connu, tel que celui de la maladie de Heine Medin ou celui de l'encéphalite épidémique.

Ce travail riche de substance, écrit dans une langue impeccable, comble une lacune des traités classiques : il fait honneur à la culture neurologique de son auteur.

BERGOUIGNAN.

**Les accidents cérébraux pseudo-tumoraux de l'hypertension artérielle,** par J. VALLAT. 1 brochure in-8°, 191 pages, Delmas, éditeur. *Thèse*, Bordeaux, 1938-1939.

Réunissant plusieurs observations personnelles, l'auteur apporte une notable contribution à cette question d'actualité.

Sur le plan clinique, il essaye de fixer les caractéristiques qui permettent de différencier cette hypertension intracranienne de celle engendrée par les tumeurs cérébrales : un examen minutieux du fond d'œil avec prise de la tension rétinienne, mesure de l'acuité visuelle, la qualité souvent particulière des troubles neurologiques, peuvent aiguiller le diagnostic que confirmera la ventriculographie ; le tableau de l'hypertension intracranienne pure, particulièrement fréquente chez l'enfant, n'épuise pas les aspects de l'hypertension artérielle pseudo-tumorale : d'autres modalités, telles que certains ramollissements vasculaires peuvent, par leur contexte hypertensif, simuler la tumeur cérébrale.

La pathogénie précise de tous ces accidents reste obscure : il semble acquis que l'hypertension artérielle ne peut provoquer par elle-même l'hypertension du liquide céphalo-rachidien ; mais qu'elle agit par le mécanisme de l'œdème cérébral, par exsudation vasculaire dans le sein du parenchyme cérébral : le déséquilibre vaso-moteur d'origine neuro-végétative, qui est si souvent à la base de l'hypertension artérielle elle-même, jouerait ainsi un rôle important dans l'éclosion de ces manifestations pseudo-tumorales.

Ce tableau a sa contre-partie dans l'hypertension artérielle secondaire à des lésions cérébrales : les constatations de Puech attribuant à une arachnoïdite du quatrième ventricule la responsabilité de plusieurs cas d'hypertension artérielle, sont déjà classiques.

Toutes ces données mettent en évidence l'action du système neuro-végétatif dans le déterminisme des accidents hypertensifs, mais les modalités exactes de cette action restent encore mystérieuses et l'imprécision des sanctions thérapeutiques s'en ressent.

BERGOUIGNAN.

**Les compressions radiculo-médullaires basses par hernie postérieure des disques intervertébraux**, par P. MONAQUE. 1 brochure in-8°, 90 pages, Delmas éditeur, Thèse, Bordeaux. 1938-1939.

Les travaux de Schmorl et de son école ont fait connaître la fréquence de la hernie postérieure du nucléus pulposus : cette lésion, souvent muette, semble devoir donner la clef de nombreuses névralgies sciatiques appelées rhumatismales ; la hernie nucléaire est en effet particulièrement fréquente au niveau de la charnière lombaire, et elle y détermine l'irritation des racines du nerf sciatique ; à l'occasion de trois observations personnelles, l'auteur étudie les névralgies sciatiques liées à cette lésion ; il recherche les nuances cliniques qui permettent d'évoquer cette étiologie, et surtout il précise les règles du radio-diagnostic. Dans les cas rebelles, que le repos et le traitement médical n'auront pas améliorés, la thérapeutique chirurgicale paraît devoir donner d'excellents résultats.

BERGOUIGNAN.

## HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

**L'hygiène mentale des étudiants**, par le Dr G. VERMEYLEN, professeur à l'Université de Bruxelles, président de la Ligue Nationale Belge d'Hygiène mentale, (Publication de la *Ligue Nationale Belge d'Hygiène mentale*, Bruxelles 1938).

Partie de l'assistance du malade mental et du psychopathe, l'hygiène mentale s'applique maintenant à son véritable objet qui est l'homme normal. C'est peut-être à l'école qu'elle a trouvé le plus rapidement un champ d'action favorable. Mais l'enfance ne doit pas faire négliger l'adolescence et ce qu'on pourrait appeler la post-adolescence, où les erreurs d'éducation sont si faciles et où leurs répercussions sont si lourdes pour l'avenir. Beaucoup reste encore à faire dans l'enseignement moyen. Tout reste à faire à l'Université où la sélection intellectuelle, si peu organisée, de l'étudiant, s'ajoute à des difficultés multiples. L'Université n'est pas seulement une école technique et nécessite un surcroît indispensable de formation intellectuelle, une meilleure organisation des cours, des programmes, de l'enseignement, des loisirs, de l'activité corporelle, de la formation intellectuelle et morale des élites. Une discrète consultation universitaire d'hygiène mentale aiderait souvent l'étudiant à résoudre certaines difficultés ou tout au moins permettrait, dans des cas plus graves, d'intervenir précocement. L'étudiant doit trouver à l'Université les soutiens spirituels et moraux que, dans beaucoup de cas, une famille, lointaine, ne peut plus lui assurer.

René CHARPENTIER.

## ASSISTANCE

**Le reclassement des malades mentaux**, par le Professeur G. VERMEYLEN. 1 brochure in-8°, 12 pages (*Conférence faite à l'Assemblée générale de l'Office de Réadaptation Sociale de Bruxelles*, le 8 avril 1938).

Le malade mental est par essence un inadapté social. Or, à l'hôpital Brugmann, à Bruxelles, 40 0/0 des malades sortent dans les deux mois de



leur hospitalisation (75 0/0 environ d'entre eux sortent du service ouvert et 35 0/0 du service fermé). Ces chiffres soulignent l'importance de la question du reclassement social des malades sortis des hôpitaux psychiatriques.

Ce reclassement social doit, d'ailleurs, commencer dès l'admission du malade à l'hôpital. Il faut tout d'abord viser à diminuer le plus possible la durée d'hospitalisation et, pendant ce temps, isoler le malade le moins possible de son milieu habituel. Tout doit être fait pour un traitement actif du malade pendant la phase aiguë de sa maladie et pour l'empêcher de verser dans la chronicité. A l'hôpital même, le rôle de l'assistante sociale est très important.

Le professeur Vermeyley cite comme modèle l'organisation très remarquable de reclassement social de l'hôpital psychiatrique de Maassoorde, près Rotterdam. Si une telle organisation n'apparaît pas actuellement possible partout, les mesures suivantes devraient permettre d'aboutir à un reclassement convenable. Ces mesures sont : le renforcement de l'esprit social dans les établissements psychiatriques (travail bien organisé, jeux, causeries, activités diverses), la préparation efficace de la sortie du malade, placé ensuite sous la sauvegarde d'un dispensaire d'hygiène mentale, d'une consultation hospitalière, bénéficiant aussi du concours des « Offices de réadaptation sociale ». De plus, on évitera ainsi beaucoup de rechutes dues à des causes « psycho-sociales ».

René CHARPENTIER.

## THERAPEUTIQUE

**Le traitement des psychoses par le choc insulínique simple ou associé à la convulsivothérapie**, par le Dr Robert CHOPLIN (1 brochure in-8°, 236 pages, Bosc, frères, M. et L. Riou, édit. Thèse Lyon, 1938).

De ce travail très documenté, qui débute par l'histoire de la question et qui, après l'exposé de considérations basées sur 13 observations personnelles, se termine par une importante bibliographie, M. Robert Choplin tire les conclusions suivantes.

Délicate, longue, l'insulinothérapie, dont le mode d'action reste encore incertain, nécessite l'observation stricte et prudente de règles précises. Les principales contre-indications en sont les cardiopathies et les lésions pulmonaires. La cure doit être poursuivie jusqu'à la disparition complète des troubles psychiques et la stabilisation des résultats. Cependant, si aucun résultat n'est obtenu après trois mois, il est inutile de la prolonger. Souvent surprenants, les résultats sont parfois d'une appréciation difficile à cause de l'incertitude du diagnostic au début des états schizophréniques, à cause aussi de la fréquence des rémissions spontanées. L'exaltation de l'affectivité, au réveil, favorise l'action d'une psychothérapie prudente et persévérante.

L'association de la thérapeutique convulsive, selon la méthode de von Meduna, à l'insulinothérapie peut avoir des avantages et la méthode combinée a donné des résultats dans des cas réfractaires à la seule insulinothérapie.

Le pronostic thérapeutique est d'une appréciation difficile, les résultats variant suivant la réaction individuelle et les différentes formes cliniques. Très fréquents dans la première année des troubles, les résultats favorables sont rares dans les cas datant de plus de deux ans. Ces résultats montrent

une fois de plus que les troubles psychiques de la schizophrénie sont réversibles et que les facultés intellectuelles ne sont pas définitivement affaiblies. Le temps seul permettra d'apprécier la valeur des résultats obtenus mais, dès à présent, cette thérapeutique a modifié le pronostic des états schizophréniques et constitue un indéniable progrès.

R. C.

**Formulaire médical. Spécialités pharmaceutiques classées par indications** (1 vol. in-16, 848 pages, Henri Perrier, édit., Librairie Le François, Paris, 1938).

Sous un format pratique et maniable, cette 8<sup>e</sup> édition annuelle condense les renseignements que le médecin a besoin d'avoir toujours à portée de la main. On trouvera dans le *Libre Blanc* : 1<sup>o</sup> la classification des spécialités par indications, groupant les spécialités par action pharmacodynamique ; ou par principes actifs ou par formes pharmaceutiques, méthode qui répond aux besoins immédiats de la prescription et aux recherches systématiques : de nombreuses spécialités nouvelles sont venues, cette année, grossir ce chapitre ; 2<sup>o</sup> la liste des spécialités inscrites au Laboratoire National de Contrôle des Médicaments, liste qui, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1937, s'est enrichie de près de 200 préparations ; 3<sup>o</sup> les renseignements généraux, destinés à documenter les médecins sur les Etablissements Médicaux, les stations thermales ou les principales constantes de l'organisme.

De même que les éditions précédentes avaient publié en préface des articles sur : la chirurgie, par MM. les professeurs J.-L. Faure et Leriche ; les médications biologiques, par le professeur Arthus ; les agents physiques, par le Dr Monod ; la chimiothérapie, par le professeur Leulier ; l'hydrologie thérapeutique, par le professeur Piéry, etc., etc., on trouvera dans cette 8<sup>e</sup> édition un exposé des Acquisitions organothérapeutiques de 1937, par le Dr A. Arthus, et une mise au point de la Curiethérapie, par le Dr P. Degrais, qui souligne ce qu'on est en droit d'attendre de cette méthode.

L. R.

---

## JOURNAUX ET REVUES

---

### NEURO-PSYCHIATRIE

**L'épilepsie dans les tumeurs cérébrales**, par J.-A. CHAVANY et Alexandre PLACA (*La Presse Médicale*, 15 octobre 1938).

Pouvant s'observer dans la symptomatologie de toutes les tumeurs cérébrales comme signe secondaire lié à la dilatation ventriculaire ou à l'œdème cérébral, l'épilepsie, sous ses trois formes (crises générales, petites crises, accès bravais-jacksoniens) est, fréquente à la phase préhypertensive parmi les premiers symptômes des tumeurs des hémisphères.

Des crises bravais-jacksoniennes fréquentes, semblables à elles-mêmes, durant des mois et des années, doivent faire penser à l'existence d'une

tumeur cérébrale intéressant de près ou de loin la voie pyramidale au voisinage de son origine.

Inversement, des crises brava-jacksoniennes peu rapprochées, changeant parfois d'aspect, doivent aiguiller, en l'absence de syndrome d'hypertension intra-cranienne, vers la notion d'encéphalite et, si l'hypertension existe, vers l'idée d'encéphalite ou de tumeur de siège franchement extra-pyramidal.

En présence de crises nombreuses et semblables, il est impossible de faire la distinction entre encéphalite et tumeur. La radiographie stéréoscopique du crâne sous les incidences les plus diverses, les examens répétés du fond de l'œil et la ventriculographie elle-même répétée à des intervalles plus ou moins longs dans les cas douteux seront alors d'une grande utilité.

Les grandes crises sont souvent sans signification localisatrice utile, mais elles sont souvent le premier signe de la lésion d'une zone muette. Les petites crises doivent faire rechercher une localisation temporale.

Les crises brava-jacksoniennes, constituant souvent le signe d'alarme d'une compression des origines cérébrales du faisceau pyramidal, ont une valeur localisatrice majeure, surtout dans le cas de l'installation permanente après la crise de phénomènes déficitaires.

Les auteurs soulignent la valeur pronostique considérable de l'épilepsie et surtout de l'épilepsie brava-jacksonienne. Une longue phase de crises plus ou moins rapprochées constituant le seul symptôme indique une tumeur maligne. Mais il est impossible, par la seule clinique, de distinguer un méningiome extra-cortical d'un gliome fibreux-parenchymateux. A l'opposé, des crises brava-jacksoniennes peu nombreuses, qui précèdent de peu, accompagnent, ou suivent l'installation d'une hémiplégie rapidement progressive de type flasque, traduisent presque toujours l'existence d'une tumeur maligne.

L. R.

**Mode d'apparition de l'épilepsie (Mode of Onset of Epilepsy)**, par Joseph L. FETTERMAN et Volta R. HALL. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XXXVIII, n° 4, p. 744-755, octobre 1937.

Si l'épilepsie traumatique ou la crise comitiale de l'éthylisme aigu débute à coup sûr par un accès aigu caractéristique du haut-mal, il en est pas de même pour toutes les formes d'états convulsifs. Idiopathique ou organique, l'épilepsie débute dans un quart au moins des cas par des atteintes discrètes : absence, vertiges ou migraines. La forme initiale ne permet d'ailleurs pas de préjuger des autres troubles : altérations de l'humeur, diminution intellectuelle, etc... ; chez les sujets jeunes, les crises comitiales sont fréquemment précédées d'une période latente de troubles légers, qui dure dix-huit mois en moyenne.

P. CARRETTE.

**Réactions épileptiques. Essai de classification (Epileptic Reaction. An Attempt at Classification)**, par Arthur GUIRDHAM. *The Journal of Mental Science*. T. LXXXIII, n° 347, p. 679-702, novembre 1937.

Le fait que l'épilepsie n'est pas une maladie et l'emploi de la formule épilepsie idiopathique, commode, mais stérile, rendent laborieux tous les essais de classement. Une base clinique, et si possible pathologique, est seule admissible pour guider les recherches étiopathogéniques. L'auteur propose l'étude des variétés glandulaire, allergique, biochimique et complexes, les complications psychopathiques ne pouvant servir de point de départ à une discrimination.

P. CARRETTE.

**Un cas de régression mentale infanto-juvénile**, par D. CASAVOLA (reggio di Calabria). *L'Ospedale Psichiatrico*, avril 1937.

Il s'agit d'un nouveau cas de syndrome aparétique-aphasique décrit par de Sanctis. L'examen pneumo-encéphalographique permet de conclure que la psychopathie est la conséquence directe d'un processus méningo-encéphalitique.

Paul ABÉLY.

**Le rôle des noyaux diencéphaliques dans le mécanisme des émotions**, par A. SALMON (de Florence). *Rivista Sperimentale di Freniatria*, fasc. II, 1937.

Les noyaux hypothalamiques ne constituant pas des centres psychomoteurs, ne peuvent pas être considérés comme le point de départ de l'énergie affective et des émotions, dont l'origine corticale est admise par la plupart des auteurs.

Le rôle de ces noyaux végétatifs dans la vie affective semble surtout être le renforcement du tonus des excitations émotives provenant du cortex. Le rapport intime entre les deux systèmes explique pourquoi ces noyaux constituent en fait un des centres les plus importants des réflexes émotifs.

Paul ABÉLY.

**Les neuroanémies tropicales**, par D.-V. AFANASIEV. *Nevropatologua i Psichiatra*, T. VI, fasc. 8, 1937.

L'auteur souligne la fréquence des troubles psychiques et neurologiques accompagnant les syndromes anémiques liés aux maladies tropicales très fréquentes dans l'Asie centrale. Les anémies hyperchromes sont particulièrement souvent à l'origine de troubles neuropsychiques et donnent lieu à des formes particulièrement sévères. Ils se distinguent par leur apparition tardive lorsque le syndrome anémique est très avancé. Les troubles neuropsychiques peuvent revêtir des formes extrêmement variables de réactions de type exogène sous forme de délire, d'hyper-sommeil, d'asthénie, etc... Pathogéniquement, ces troubles peuvent être rattachés à la toxémie et à l'appauvrissement des centres nerveux en oxygène. Le diagnostic des neuroanémies tropicales doit être basé sur la symptomatologie hématologique. Une attention particulière doit être apportée à la prophylaxie et au traitement des maladies causales. La thérapeutique est celle des anémies.

FRIBOURG-BLANC.

**Les réactions du type exogène au cours de l'infection brucellienne**, par le Professeur B.-N. SERAFIMOV. *Nevropatologua i Psichiatra*, T. VI, fasc. 10, 1937.

L'auteur rapporte l'observation de deux malades qui, au cours d'une atteinte de brucellose chronique, ont présenté des réactions psychiques qui ont évolué sous une forme spéciale, bien qu'elles appartenissent au type des réactions exogènes de Bonhoeffer. Les manifestations psychiques de ces malades se traduisaient au début par une atteinte dépressive, mais bientôt elles donnèrent lieu à des poussées de délire de relation. L'auteur souligne

le danger que présente cette apparence inaccoutumée de la réaction exogène, tant au point de vue du diagnostic que du pronostic et du traitement des réactions psychiques accompagnant la brucellose.

FIRBOURG-BLANC.

**Troubles neuro-psychiques au cours de la sprue**, par D.-V. AFANASIEV. *Neuropatologia i Psichiatria*, T. VI, fasc. 12, 1937.

L'auteur réunit six observations de troubles neuro-psychiques observés au cours de l'évolution de la sprue. Il fait ressortir que la sprue peut donner lieu aussi bien aux réactions psychiques du type exogène qu'aux formes ayant l'apparence des réactions endogènes, telles que les manifestations dépressives, hallucino-paranoïdes et schizophréniques. Dans la statistique personnelle de l'auteur, les formes asthéniques aboutissent à une issue fatale. Chez les malades présentant la constitution pycnique, on peut assister à des rémissions et même à des guérisons. L'évolution des psychoses antérieures à l'atteinte de la sprue ne semble pas être modifiée par la maladie.

Les lésions anatomo-pathologiques dues à la sprue se traduisent par une réaction irritative de l'endothélium vasculaire de l'encéphale, par des lésions du type de Niessl des cellules ganglionnaires, par des modifications de la névroglie des noyaux avec participation de l'oligodendrogliose. Les lésions médullaires se traduisent par la myélose funiculaire avec processus dégénératif et atrophique atteignant les fibres nerveuses des cordons postérieurs et latéraux ainsi que les cellules des cornes correspondantes. Le processus dégénératif-atrophique frappe également le cylindrax et l'enveloppe myélinique. La morphologie pathologique de la sprue rappelle le tableau présenté par la pellagre et les anémies pernicieuses.

FIRBOURG-BLANC.

**Les encéphalites aiguës post-infectieuses de l'enfance**, par le Dr Jules COMBY (*Le Bulletin médical*, 18 février 1939).

L'histoire des encéphalites aiguës, non suppuratives de l'enfance, distinctes de l'encéphalite épidémique, est de date récente. Elles n'en ont pas la même évolution clinique, les mêmes lésions anatomiques, ni le caractère contagieux. Les syndromes cliniques en sont extrêmement variés : formes convulsives, paralytiques, sensorielles et psychiques, formes combinées. Les signes d'organicité peuvent persister ou disparaître. On observe souvent des séquelles, transitoires ou définitives, parmi lesquelles l'épilepsie infantile. Elles peuvent s'observer au cours de toutes les maladies infectieuses, même les plus bénignes, sans qu'on puisse établir un lien entre la gravité de la maladie mitrale et celle de l'encéphalite. On n'en a encore jamais pu isoler l'agent causal ou un virus neurotrope. Les toxines microbiennes semblent donner plus de résultats positifs. La circulation sanguine paraît être la voie d'apport de l'agent pathogène (toxines libérées plus que virus même) ; le rôle du terrain serait prépondérant.

Il n'existe pas de traitement spécifique. Des succès impressionnants ont été enregistrés à l'actif des diverses séro- et vaccinothérapies. On y ajoute ordinairement les médications chimiques anti-infectieuses. L'interprétation des résultats thérapeutiques doit être prudente.

R. C.



**Encéphalomyélite compliquant la rougeole** (Encephalomyelitis complicating Measles), par N. MALUMUD. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XXXVIII, n° 5, p. 1025-1038, novembre 1937.

L'encéphalite de la rougeole est ici présentée dans deux cas bien définis : celle de la phase aiguë et la forme secondaire. M. Malamud ne croit pas qu'il s'agisse d'un processus de réactivation d'un virus étranger, ni d'un phénomène anaphylactique, mais bien d'une maladie inflammatoire de l'encéphale, due au virus de la rougeole. D'ailleurs, les similitudes qu'on avait cru pouvoir établir avec la sclérose multiple ne sont pas justifiées. On se trouve bien en présence de deux états de démyélinisation, mais l'encéphalite de la rougeole est diffuse et caractérisée par une réaction périveineuse très spéciale touchant la substance grise aussi bien que la blanche.

P. CARRETTE.

**Polioencéphalomyélite due au botulisme** (Polioencephalomyelitis due to botulism), par Gabriel A. SCHWARZ. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. T. LXXXVI, n° 1, p. 7-23, juillet 1937.

Les modifications anatomiques n'expliquent pas complètement les phénomènes neuro-paralytiques observés. Un œdème considérable des petites cellules et des cellules pyramidales moyennes de la troisième zone corticale est associé à une atrophie des petits éléments du noyau rouge. On sait que dans les cas classiques les lésions prédominent dans la moelle et le tronc cérébral. La symptomatologie est remarquable par l'intensité des troubles oculaires paralytiques, la dysarthrie, les vertiges et l'asthénie.

P. CARRETTE.

**Poliomyélite chronique. Poliomyélopathie** (Poliomyelitis [Poliomyelopathia] chronica), par Albert T. STEEGMANN. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XXXVIII, n° 3, p. 537-549, septembre 1937.

Une attaque d'allure poliomyélitique suivie de l'installation d'une atrophie musculaire progressive par myélopathie chronique est le résultat habituel d'une dégénérescence des cellules antérieures à tous les niveaux avec gliose prononcée s'étendant à la leptoméninge et à la substance blanche. M. Steegmann voit dans cette affection le résultat de l'intervention de facteurs métaboliques d'après un processus qui exclut l'état inflammatoire secondaire ; aussi le terme de poliomyélite chronique lui paraît-il inexact et injustifié.

P. CARRETTE.

**Paralysie générale et hémorragies méningées. Hématome intra-arachnoïdien** (Paralisis general y Hemorragia meningia. Hematoma intraaracnoideo), par Inocencio B. ANSALDI. *Boletín del Instituto psiquiátrico*, n° 20-21, p. 170-178, Rosario, 1937.

Le type même des lésions de la méningo-encéphalite diffuse s'oppose à la conception d'accidents hémorragiques évolutifs. Ceux-ci interviennent à titre de complication. Ils sont rares et généralement mortels. Le cas de M. Ansaldo montre l'existence d'un gros hématome méningé. L'examen des vaisseaux cérébraux confirme le diagnostic d'athéromasie associée. L'appa-

rition de cette complication aiguë au début de la paralysie générale ne relève que de la thérapeutique chirurgicale : seule une craniotomie décompressive dans la zone intéressée peut avoir un effet utile.

P. CARRETTE.

## ANATOMIE

Sur l'existence de variétés différentes de fibres musculaires dans la musculature du squelette de l'homme et de quelques mammifères (*Über das Vorkommen verschiedener Arten von Muskelfasern in der Skelettmuskulatur des Menschen und einiger Säugetiere*), par Gunnar WOHLFART, de Stockholm, 1 broch. in-8°, 119 pages, supplément XII des *Acta Psychiatrica, et Neurologica*, 1937, Copenhague (Levin et Munksgaard édit.).

L'auteur a identifié dans la musculature de l'homme et de divers mammifères un système de fibres particulier, non encore décrit ; il les appelle les fibres *b*. Elles se développent plus rapidement que les fibres *a*, fibres communes, mais tandis que ces dernières continuent à se multiplier, le nombre des fibres *b* reste constant à partir de la 16<sup>e</sup>-20<sup>e</sup> semaine de la vie fœtale. Elles sont plus larges que les fibres *a* et plus riches en myofibrilles. Leurs noyaux conservent en partie une position centrale jusqu'à la fin de la vie embryonnaire. On les distingue encore très nettement chez le nouveau-né ; plus tard, les caractères distinctifs entre les deux espèces s'effacent. Leur importance varie suivant les muscles, entre 0,5 % et 4 % chez l'homme adulte, mais cette proportion est dépassée dans les muscles intrinsèques de l'oreille, les muscles extrinsèques de l'œil et les longs fléchisseurs des orteils. Le plus souvent, il existe une seule fibre *b* par faisceau primaire.

Après une étude histologique très approfondie et très détaillée, l'auteur discute la signification fonctionnelle des fibres *b*. Sont-elles en rapport plus spécialement avec la fonction statique ? Leur prédominance ou les différences de proportion pourraient expliquer les caractères différentiels de la contraction musculaire chez le fœtus, chez certains animaux (réaction plus tonique chez le lapin que chez le cobaye), ainsi que l'aspect spécial de la chronaxie chez le nouveau-né. On peut penser également que les fibres *b* représentent le substratum d'une forme spéciale du tonus musculaire. L'hypothèse d'une relation avec la sensibilité musculaire n'est guère soutenable. Dans tous les cas, il n'y a aucun rapport entre la distinction des fibres *a* et *b*, et les différences de coloration des fibres musculaires (fibres rouges et blanches) existant chez certains animaux.

E. BAUER.

Etude anatomo-pathologique des astrocytomes (A Clinicopathologie Study of Astrocytomas), par R.-W. WAGGONER et Konstantin LÖWENBERG. *Archives of Neurology and Psychiatry*, T. XXXVIII, n° 6, p. 1208-1223, décembre 1937.

L'astrocytome est le type de tumeur le plus envahissant du système nerveux central. Sa tendance à l'infiltration s'exerce des hémisphères vers le tronc cérébral en détruisant les gaines myéliniques. L'invasion bilatérale est généralement consécutive à une tumeur primitive du corps calleux. Selon le point de départ, les lésions prédominantes sont frontales, temporales ou

pariétales. Ces variétés respectent généralement les noyaux gris centraux. Si l'astrocytome est hémisphérique, il envahira d'autres lobes, mais deviendra rarement bilatéral. Il aura une tendance à envahir le système pyramidal.

P. CARRETTE.

**Tumeur kystique du troisième ventricule contenant une matière colloïde** (Cystic Tumor of the Third Ventricle containing Colloid Material), par Howard ZEITLIN et Ben W. LICHTENSTEIN. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XXXVIII, n° 2, p. 263-287, août 1937.

Les tumeurs colloïdes du troisième ventricule présentées par les auteurs offrent une structure très particulière. Les parois sont formées de petites tubulures qui rappellent la structure de la paraphyse, glande décrite chez l'embryon humain et chez les vertébrés inférieurs, provenant de la voûte du troisième ventricule, formée de colonnes de petites cellules séparées par un réseau circulatoire à disposition sinusoidale. Le nom proposé pour les tumeurs décrites est celui de kystes paraphysaires.

P. CARRETTE.

**Pour une meilleure connaissance de l'histoarchitectonie de la région giganto-pyramidale humaine** (Per una migliore conoscenza della istoarchitettonica della regione giganto-piramidale umana), par V. TRONCONI, Pavie. *Rivista di Patol. nerv. e ment.*, septembre-octobre 1937, p. 225-291.

Après avoir discuté la valeur des théories modernes sur la question d'une localisation en surface et en profondeur, de lésions giganto-pyramidales dans certaines maladies du système nerveux, l'auteur essaie de définir les caractères de cette zone. Il met en évidence les modifications qui surviennent dans ces cas, où la mort est survenue en dehors de toute affection cérébrale. Il conclut que, au cours des maladies générales les plus communes, le cerveau est le siège de réactions analogues à celles des affections cérébrales proprement dites. D'où la nécessité pour les anatomo-pathologistes, dit Tronconi, d'avoir toujours présente à l'esprit une telle éventualité avant de « construire » une prétendue patho-histoarchitectonie des maladies du système nerveux. Cette étude histologique est abondamment illustrée et munie d'une importante bibliographie. On trouvera à la fin de la livraison 22 belles microphotographies.

Henri Ex.

## BIOLOGIE

**La conduction nerveuse**, par Jean TITECA (*Annales et Bull. de la Société Royale des Sciences Médicales et Naturelles de Bruxelles*, 1937, n° 1-2).

Bien qu'il ait suscité dans ces quinze dernières années de très nombreuses recherches, le problème de la conduction nerveuse est encore entouré de beaucoup de mystère. M. Jean Titeca en expose ici les acquisitions récentes de la physiologie. Après avoir indiqué les progrès de la technique moderne (oscillographes et amplificateurs), les caractéristiques du potentiel d'action,

décrit les différents groupes de fibres du nerf sciatique (Erlanger, Bishop, Gasser) et leurs fonctions, l'auteur montre la conduction automatique de l'influx dans les nerfs périphériques. Le problème de la transmission de l'influx nerveux comporte encore bien des inconnues. M. Jean Titeca expose les théories de la conduction nerveuse : nerf « artificiel » de Lillie, théorie de la dépolarisation locale, rôle des ions potassium, phénomène de la paralysie thermique du nerf.

Ces nombreuses recherches ont contribué à éclairer le problème de la conduction nerveuse, problème qui concerne directement la physiologie générale du protoplasme, et dont la solution, par l'étude oscillographique de l'activité des neurones du cortex cérébral et de la conduction nerveuse intracérébrale, ouvrira à la neuro-psychiatrie des horizons nouveaux.

R. C.

**Les rapports de la vie végétative et de la vie psycho-affective étudiés à l'aide de stimulants biologiques**, par G. REALE (de Naples). *L'Ospedale Psichiatrico*, avril 1937.

L'auteur étudiant l'action parasympathique de divers stimulants biologiques et plus particulièrement de l'adrénaline et de l'atropine, il note alors les modifications de la mimique, des attitudes, du comportement.

Il remarque des modifications évidentes dans les formes disthymiques avec réactions opposées dans la mélancolie et dans l'état maniaque. Dans la schizophrénie même, on voit des réactions nettes avec dissociation de la mimique, spécialement entre les régions fronto-oculaires et naso-labiales, qui réagissent d'une façon totalement indépendante, contrairement à ce qui se vérifie chez les disthymiques.

Paul ABÉLY.

**Sympathectomie chez l'homme. Effets sur la résistance électrique de la peau** (Sympathectomy in Man. Its effect on the Electrical Resistance of the Skin), par Curt P. RICHTER et Maurice LEVINE. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XXXVIII, n° 4, p. 756-760, octobre 1937.

L'examen de la résistance électrique de la peau peut être une source de renseignements importants sur les perturbations sympathiques. La sympathectomie cervicale augmente considérablement la résistance électrique de la paume de la main et plus faiblement celle de la face dorsale. La sympathectomie lombaire produit des changements analogues à la plante et à la face dorsale du pied.

P. CARRETTE.

**Respiration et catatonie** (Respirazione e Catatonia), par Mario DE MENNATO et Mario D'ARRIGO, Naples. *Rivista di Neuro*, août 1937, p. 357-372.

Au cours de la catatonie on constate une diminution de l'amplitude respiratoire et augmentation compensatrice de la fréquence. Ces troubles sont augmentés par la bulbocapnine et disparaissent sous l'influence de substances décatonisantes (évipan sodique) et du sommeil.

Henri EY.

**Contribution à l'étude de la physiopathologie du liquide céphalorachidien au cours du traitement insulinaire de la schizophrénie**, par Th.-A. OTT, de Lausanne. *Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie*, XLI, 1, 1938.

Les anomalies liquidiennes fréquemment observées au cours de la schizophrénie en démontrent la nature organique. En particulier la perméabilité hémato-liquidienne est souvent modifiée, diminuée dans les formes chroniques, augmentée dans les formes aiguës fébriles. La cure d'insuline ne rétablit pas l'équilibre fonctionnel normal de la barrière hémato-liquidienne ; au contraire, elle diminue encore sa perméabilité ; « il semble dans la majorité des cas que la cure d'insuline, quel qu'en soit le résultat clinique, tende à modifier le cours habituel de la maladie en provoquant un équilibre anatomophysiologique nouveau se traduisant le plus souvent par une diminution encore accrue de la perméabilité, une augmentation fréquente de la pression liquidiennne et un retour du taux de la globuline vers la normale ».

E. BAUER.

**Etude sur le taux de l'acide urique du liquide céphalorachidien au cours de quelques psychoses** (Eine Studie über den Harnsäuregehalt des Liquor cerebrospinalis bei einigen psychotischen Zuständen), par G. INGVARSSON. *Acta psychiatrica et neurologica*, XII, 1, 1937, Copenhague.

Les dosages à l'aide de la méthode de Lickint ont montré que le taux de l'acide urique est exagéré dans le liquide céphalorachidien au cours des phases évolutives de la schizophrénie, normal dans les états schizophréniques non progressifs. Il est exagéré également dans la paralysie générale, et parfois dans les psychoses préséniles, les encéphalites, les psychoses de l'imbécillité.

E. BAUER.

**Recherches sur le passage de l'alcool dans le liquide céphalorachidien** (Untersuchungen zum Übertritt von Alkohol in die Cerebrospinalflüssigkeit), par F.-N. RIKLIN. *Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie*, XLI, 1, 1938.

Des dosages en série de l'alcool dans le sang et le liquide céphalorachidien (pratiqués chez 8 paralytiques généraux et 2 schizophrènes) montrent des différences sensibles entre la courbe de concentration du sang et du liquide lombaire d'une part, du liquide lombaire et du liquide cisternal d'autre part. La courbe du liquide lombaire atteint son sommet plus tard que celle du sang, le taux maxima est légèrement inférieur à celui du sang ; par contre la courbe du liquide cisternal ressemble à celle du sang, mais l'alcool y atteint une concentration nettement supérieure. En effet, l'alcool du liquide cisternal a une double provenance : il provient 1) du sang directement, par la barrière hémato-liquidienne, 2) des centres nerveux qui l'ont reçu par la barrière hémato-encéphalique et le laissent passer à travers la barrière encéphalo-liquidienne. Pour se faire une idée de la concentration de l'alcool dans le cerveau, il est donc indispensable de pratiquer les dosages dans le liquide cisternal, et non dans le liquide lombaire.

E. BAUER.



**Le dosage du tryptophane dans le liquide céphalorachidien et sa valeur** (Tryptophanbestimmung im Liquor cerebrospinalis und deren Ergebnisse), par M. KRAUS et K. MEZEY, de Timisoara, Roumanie. *Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie*, XLII, 1. 1938.

Les auteurs indiquent une méthode colorimétrique d'exécution simple et facile pour le dosage du tryptophane, qui mérite de figurer parmi les examens courants du liquide céphalo-rachidien, pour le diagnostic de la syphilis des centres nerveux. En cas d'affection syphilitique en voie d'évolution progressive, le taux du tryptophane est exagéré. Mais la réaction n'est trouvée positive que s'il existe également d'autres modifications liquidienues, notamment des réactions colloïdales positives, avec lesquelles celle du tryptophane présente un parallélisme très net. Lorsque les réactions liquidienues redeviennent normales par suite d'extinction du processus ou de stabilisation de l'état, la réaction du tryptophane est trouvée également négative. En l'absence de syphilis centrale, elle est toujours négative.

E. BAUER.

**Liquide céphalo-rachidien ventriculaire et spinal** (Liquido Céfalo-raquídeo Ventricular y Espinal), par I.-B. ANSALDI. *Boletín del Instituto psiquiátrico*, n° 20-21, p. 81-89, Rosario, 1937.

Les recherches de M. Ansaldo prouvent que le liquide céphalo-rachidien des ventricules n'a pas la même composition que celui des régions cérébro-spinales. Dans les modifications pathologiques au cours de la paralysie générale, l'augmentation de l'albumine ventriculaire annonce une évolution positive des réactions liquidienues. Cette observation est répétée chez dix paralytiques dont les réactions de Wassermann, des globulines et du benjoin, positives dans le liquide de ponction lombaire, étaient négatives dans le liquide ventriculaire.

P. CARRETTE.

**Recherches sur la réaction de sédimentation dans la paralysie générale** (Untersuchungen über die Senkungsreaktion bei dementia paralytica), par K.-H. FREMMING et J. MADSON. *Acta psychiatrica et neurologica*, XII, 2, 1937.

La réaction de sédimentation n'a été trouvée normale que dans 20 p. cent des cas de syphilis cérébrospinale avec début récent, étudiés par l'auteur ; dans 50 p. cent des cas elle était nettement exagérée. Elle était normale chez 6 malades exempts de troubles psychiques malgré les modifications liquidienues prononcées. L'étude du rapport entre ces modifications et la formule de la réaction de sédimentation permet d'intéressantes déductions au point de vue du pronostic et des chances ou des risques de la malariathérapie. Le pronostic est favorable, quand une réaction de sédimentation faible coexiste avec un liquide céphalo-rachidien fortement anormal ; par contre une sédimentation faible avec des réactions liquidienues peu modifiées indique souvent un processus ancien, stabilisé, peu accessible au traitement. Une réaction de sédimentation, très forte malgré une formule liquidienne faiblement anormale, est parfois l'indice d'une affection somatique intercurrente, qui a pu passer inaperçue à l'examen physique ; il faudra alors soumettre le malade à un examen approfondi avant de risquer la malariathérapie. Au cours de cette dernière, la sédimentation subit également des variations intéressantes.

E. BAUER.

**Comportement de la réaction de Wassermann dans les maladies mentales non syphilitiques traitées par la malaria provoquée**, par P. TENCONI (de Côme). *Note et Riviste di Psichiatrica*, juin 1937.

Se rapportant à 36 observations personnelles, l'auteur signale que la malariathérapie rend positive la réaction de Wassermann dans le sérum des psychopathes non syphilitiques et que ce phénomène dure de deux à quatre semaines, quelquefois plus. Il est difficile d'en préciser l'explication. M. Tenconi envisage la production d'anticorps anti-lipoidaux.

La malariathérapie peut aussi rendre totalement positive une réaction de Wassermann faiblement positive avant la malariathérapie.

Paul ABÉLY.

**Psychoses et métabolisme des hydrates de carbone, corrélations avec les maladies pancréatiques**, par E. ZARA (de Naples). *L'Ospedale Psichiatrico*, juillet 1937.

Cet important travail est extrait d'un vaste rapport présenté par l'auteur au XXI<sup>e</sup> Congrès de la Société Italienne de Psychiatrie sur les psychoses et les maladies des métabolismes.

E. Zara expose d'abord des généralités sur la régulation glycémique. Puis il énumère les particularités de ce métabolisme hydrocarboné dans diverses maladies mentales (mélancolie pancréatique, cure insulinique dans la schizophrénie, crises convulsives en rapport avec les adénomes pancréatiques).

Il étudie particulièrement les troubles mentaux dans les maladies diabétiques, ensuite dans les états d'hypoglycémie. De cette importante et très complète revue générale, il conclut que : 1<sup>o</sup> Les troubles mentaux qui s'observent chez certains diabétiques ne peuvent être retenus comme particuliers à cette dyscrasie ni déterminés par elle ; 2<sup>o</sup> Les réactions psychiques observées parfois dans la méthode thérapeutique de Sakel ne dépendent pas de l'action de l'insuline, mais sont plus en rapport avec la psychose sous-jacente ; 3<sup>o</sup> En revanche, certains états crépusculaires et psychopathologiques que l'on remarque dans l'hypoglycémie spontanée sont directement en rapport avec les troubles métaboliques et modifiés par la médication sucrée qui corrigent l'hypoglycémie.

Paul ABÉLY.

**Métabolisme des protéines dans les maladies mentales. Rapport des psychoses avec la pathologie rénale**, par A. de MARCO (de Naples). *L'Ospedale Psichiatrico*, juillet 1937.

Revue générale très documentée sur toutes les recherches faites à propos des rapports entre le métabolisme des protéines et les maladies mentales. Il étudie plus particulièrement les chloropénies, le délire aigu, le délirium tremens azotémique, les azotémies nerveuses.

Si l'origine rénale est évidente, il faut considérer cependant l'importance pathogénique de tout un complexe de facteurs extra-rénaux appartenant au cadre général des psychoses.

Paul ABÉLY.

**Oligophrénie phénylpyruvique** (*Oligophrenia phenylpyruvic*), par George A. JERVIS. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XXXVIII, n° 5, p. 944-963, novembre 1937.

Dans le groupe complexe des oligophrénies, à côté de quelques types classés comme l'idiotie amaurotique, la sclérose tubéreuse ou le mongolisme, de nombreux syndromes échappent à toute classification. Fölling a décrit, en 1934, une « imbecillitas phenylpyruvica », dont M. Jervis rapporte 50 cas. Il s'agit de jeunes sujets atteints d'un déficit intellectuel profond avec des troubles neurologiques de la variété spastique : rigidité posturale, hypertonie musculaire et hypercinésies. Malgré leur diversité, ces 50 observations se rapprochent par une caractéristique biologique commune : l'élimination urinaire de l'acide phénylpyruvique due à un trouble du métabolisme de la phénylalanine.

P. CARRETTE.

**La courbe de la glycémie consécutive à l'encéphalographie. Comparaison avec la courbe usuelle de tolérance du dextrose** (*Curve for the Sugar Content of the Blood Following Encephalography : Comparaison with the Usual Curve for Dextrose Tolerance*), par Michael SCOTT. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XXXVIII, n° 5, p. 985-991, novembre 1937.

Une estimation préliminaire de la glycémie devrait accompagner toute encéphalographie. Les malades de M. Scott, atteints d'affections neurologiques, ont présenté une élévation moyenne de 152 mmgr. pour 100 cm<sup>3</sup> de sang, avec maximum 1/2 heure ou 1 heure après l'intervention. Les taux d'élévation les plus forts ont été obtenus dans les états convulsifs et les plus faibles dans les tumeurs cérébrales. La courbe de tolérance du dextrose suit remarquablement ces modifications. On sait qu'elle est sous la dépendance des mécanismes de régulation centrale. L'hyperglycémie est réduite par injection sous-cutanée d'atropine ou injection intraventriculaire de solution de post-hypophyse.

P. CARRETTE.

**Effets neurologiques et psychologiques de l'hypoglycémie** (*The Neurological and Psychological Effects of Hypoglycemia*), par D. N. PARFITT. *Proceedings of the Royal Society of Medicine, section of Psychiatry*. T. XXXI, n° 2, p. 11-22, décembre 1937.

L'injection de l'insuline destinée à provoquer le coma est effectuée le matin à 7 heures et les effets notés à chaque demi-heure. Respiration, couleur des téguments, tremblement, transpiration, état de l'humeur, émotivité, pouls, contractions musculaires subissent des modifications variables jusqu'à l'apparition du coma, vers 10 heures. Au cours du coma on observe le nystagmus, des secousses, des troubles bulbaires évidemment, de la rigidité. Après le réveil, l'humeur reste calme, mais l'anxiété n'est pas très rare. L'alcalose et la tétanie suivent parfois des courbes paradoxales, contradictoires. Les modalités du retour à la lucidité ont été bien fixées. La durée et la rapidité de l'amélioration est difficile à prévoir. Elles sont liées à des facteurs chimiques, végétatifs et anatomiques à préciser : rôle de l'adrénaline, des parathyroïdes, de l'équilibre acido-basique, de l'hypothalamus, etc...

P. CARRETTE.

**Influence du dinitrophénol sur le glycogène musculaire et hépatique chez les lapins éthyroïdés et témoins**, par Mares CAHANE. *Journal de Physiologie et de Pathologie générale*. T. XXXV, n° 4, p. 941-943, décembre 1937.

Le dinitrophénol introduit *per os* augmente le métabolisme basal. Il diminue le glycogène hépatique et musculaire ; chez l'animal éthyroïdé, les modifications sont moins sensibles. C'est en activant les fonctions thyroïdiennes que le dinitrophénol agit dans les cures d'amaigrissement.

P. CARRETTE.

**Métabolisme de l'oxygène dans la schizophrénie** (Oxygen Metabolism in Schizophrenia), par R.-G. HOSKINS. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XXXVIII, n° 6, p. 1261-1270, décembre 1937.

L'insuffisance des échanges d'oxygène au cours de la schizophrénie vérifiée par la méthode de Benedict et Roth est liée à un ralentissement circulatoire. Le taux du glutathion et de l'acide lactique paraît indépendant des conditions précédentes, mais leur insuffisance est réelle et elle serait soumise à une insuffisance des mécanismes respiratoires accessoires. Les dosages du dinitrophénol et des amino-acides établiraient d'autres perturbations biologiques qui mettraient en jeu le ralentissement des fonctions thyroïdiennes. En somme, ces études sont d'un grand intérêt pratique. Elles tendent à expliquer les troubles physiologiques de la démence précoce et pourraient légitimer une thérapeutique rationnelle.

P. CARRETTE.

**Capilloroscopie chez les phrénasthéniques** (Capilaroscopia en los frenasténicos), par Eleogardo B. TROILO. *Boletín del Instituto psiquiátrico*. n° 20-21, p. 94-130, Rosario, 1937.

Les modifications spastico-atoniques des capillaires sont démontrées dans les phrénasthénies, dans les insuffisances mentales de tous ordres. Les variétés peuvent fournir un élément au diagnostic des arrêts de développement cérébral. Des exemples sont fournis par le mongolisme, le myxœdème et certaines dysgénésies endocriniennes chez l'enfant. La technique de Müller est adoptée avec des perfectionnements qu'implique l'appareil de Leitz. La zone d'élection pour l'examen est la peau dans la région supra-unguéale de l'annulaire droit.

P. CARRETTE.

## ENDOCRINOLOGIE

**Psychoses familiales associées aux désordres endocriniens** (Familial Psychoses associated with Endocrine Disorder), par T.-A. MUNRO. *The Journal of Mental Science*. T. LXXXIII, n° 347, p. 707-718, novembre 1937.

La consanguinité fournit sans doute un élément étiologique au syndrome pluriglandulaire analogue observé par M. Munro chez un frère et une sœur. Les dystrophies en rapport avec des troubles des glandes sexuelles existent mais sont moins systématisées que les désordres attribués à l'hyperactivité surrénalienne et ante-pituitaire : obésité, pigmentation cutanée, hypertrichose féminine et hypoactivité sexuelle masculine, apathie, torpeur intellectuelle. En outre, on observe chez la femme une hypercholestérinémie et l'augmentation des globules rouges.

P. CARRETTE.

**Les corrélations épiphyso-hypophysaires (Le système neuro-endocrinien du cerveau)**, par G. ROUSSY et M. MOSINGER. *Ann. d'anat. path. et d'anat. norm. méd. chir.*, p. 847, novembre 1938.

Les auteurs étudient successivement la neurocrinie épiphysaire, la régulation nerveuse du fonctionnement épiphysaire, les corrélations épiphyso-hypophysaires.

La neurocrinie épiphysaire est caractérisée par la migration de mélanoblastes le long des voies nerveuses épithalo-épiphysaires. En agissant sur l'épithalamus, l'épiphyse influence certaines fonctions neuro-somatiques et cette notion explique le syndrome de la puberté précoce d'origine épiphysaire; elle présente un rôle neuro-trophique, neuro-régulateur et psycho-régulateur. Les centres régulateurs de l'épiphyse s'échelonnent du cerveau antérieur jusqu'au quatrième ventricule. On peut distinguer des centres parasymphathiques (centres épithalamiques et hypothalamiques), des centres ortho-symphathiques (ganglion cervical supérieur). Les impulsions qui arrivent à l'épiphyse peuvent être divisées en cinq groupes : 1° impulsions d'origine périépendymaire et choroïdienne ; 2° impulsions d'origine olfactive ; 3° incitations d'origine thalamique ; 4° impulsions d'origine pallido-striée ; 5° impulsions d'origine sensitivo-sensorielle multiple.

Il existe entre l'hypophyse et l'épiphyse des corrélations très intimes. On peut penser que la plupart des impulsions nerveuses afférentes déclenchent à la fois une réaction épiphysaire et une réaction hypophysaire.

Ces recherches montrent le rôle considérable, dans la physiologie végétative, du diencéphale, qui comporte, outre les centres végétatifs supérieurs de l'hypothalamus, deux importants complexes neuro-glandulaires présentant des voies afférentes multiples, tant neuro-végétatives que neuro-somatiques, et dont les éléments glandulaires influencent, par neurocrinie, le carrefour somato-végétatif le plus important de l'organisme.

L. MARCHAND.

**Fonctions hypophysaires et psychopathies**, par P. TENCONI. *Note et Rivista di Psichiatria*, décembre 1937.

L'auteur étudie la fréquence des troubles psychiques au cours des syndromes pathologiques liés à des dysfonctions hypophysaires. Il décrit un cas d'acromégalie, probablement initiale, chez un jeune homme de 29 ans qui présente depuis peu de temps des symptômes d'une psychose maniaque-dépressive. Il cite ensuite un deuxième cas, celui d'un homme de 40 ans, atteint de nanisme hypophysaire du type Paltauf, qui présente un épisode dépressif.

Paul ABÉLY.

**Contribution au problème des relations entre des états crépusculaires et hypersomniques, périodiques et épisodiques, et des troubles hypophysaires** (Zur Frage der Beziehung zwischen periodischen und episodischen Dämmer- und Schlafzuständen und Hypophysenstörungen), par H. STADLER, de Francfort. *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie*, 98, 6, 1938.

Chez les 6 malades, tous du sexe masculin, dont l'auteur rapporte les observations, des accès narcoleptiques ou crépusculaires sont apparus à



l'âge de la puberté, en même temps que des troubles hypophysaires : croissance excessive et acromégalie. Le rôle déterminant du déséquilibre endocrinien, hypophyso-orchitique, en ce qui concerne les troubles nerveux, n'est pas discutable, mais une explication précise de son mécanisme n'est pas encore possible. Il paraît intéressant d'envisager le problème de la parenté de ces cas avec l'épilepsie, étant donné les discussions récentes sur le rôle de l'hypophyse dans la pathogénie des crises convulsives. Rien ne justifie une identification avec l'épilepsie, au sens de syndromes d'épilepsie larvée, mais il est permis de les rattacher au groupe des affections épileptoïdes tel que l'entend notamment Kleist.

E. BAUER.

**Les sympatricectomies péripancréatiques expérimentales. Contribution à une chirurgie curative des états diabétiques**, par M. GARIPUY. *La Presse médicale*, n° 100, p. 1797-1800, 15 décembre 1937.

Les résections sympathiques provoquent au niveau d'organes déficients une vaso-dilatation susceptible de réactiver les éléments sécrétoires. La portée endocrinologique de telles interventions est manifeste. Pour le pancréas — et par conséquent pour l'insuline et le diabète — on a eu recours à des sections nerveuses autour du hile hépatique, au blocage anesthésique du sympathique para-vertébral. L'opération la plus logique paraît devoir être la résection des filets entourant les artères duodéno-pancréatiques. Les résultats expérimentaux obtenus permettent d'envisager dans l'avenir une transposition en pathologie humaine.

P. CARRETTE.

**Grefe de thyroïde humaine dans un cas de myxoedème infantile. Résultats suivis pendant 12 ans**, par R. LE FORT. *La Presse médicale*, n° 99, p. 1771-1773, 11 décembre 1937.

M. Le Fort a greffé un fragment de thyroïde de condamné décapité depuis quelques instants chez une enfant de 2 ans 1/2 atteinte d'idiotie myxoédémateuse. La réaction immédiate extrêmement brutale, avec amaigrissement et fièvre, a été suivie de modifications rapides et intenses des facultés intellectuelles. Plus tard, les effets se sont atténués. A 14 ans, la fillette se développe lentement, avec un retard général de 5 ans environ. Elle se présente comme une endocrinienne avec insuffisance thyroïdienne certaine.

P. CARRETTE.

**Dix ans de traitement endocrinien de l'hypertrophie de la prostate**, par Paul NIELHANS. *La Presse médicale*, n° 102, p. 1858-1860, 22 décembre 1937.

Des recherches se poursuivent depuis des années pour traiter l'hypertrophie prostatique par un essai de rétablissement de l'équilibre glandulaire. Il paraissait tout d'abord légitime d'injecter des hormones testiculaires. On acquiert peu à peu la certitude que cette technique n'atteint pas le but projeté. L'apport d'hormone étrangère ne stimule pas la glande, mais au contraire tarit sa sécrétion. Peut-être serait-il préférable de s'adresser à une autre glande capable de fournir une hormone gonado-stimulante, telle l'hypophyse. Cependant, cette méthode risquerait d'être préjudiciable à l'hypophyse elle-même. Aussi M. Niehans estime que le traitement de

choix est la ligature de Steinach II, simple obstacle posé près de la tête de l'épididyme. Ce procédé exalte la sécrétion interne des cellules de Sertoli aux dépens de la sécrétion séminale qui n'est plus, dans l'âge avancé, que d'une utilité très relative.

P. CARRETTE.

**Irradiation hypophysaire dans le diabète insulino-résistant**, par L. DELHERM et H. FISCHGOLD. *Le Monde médical*, n° 907, p. 953-960, 15 novembre 1937.

La résistance à l'insuline dans le diabète est une indication suffisante pour pratiquer l'irradiation hypophysaire. La cause de cette résistance — acromégalie, diabète bronzé — paraît avoir une importance secondaire. Le résultat est satisfaisant ; il permet à l'insuline et au régime de donner les résultats attendus, mais il ne suffit pas à lui seul à obtenir la guérison dans les diabètes graves. L'arrêt brusque de l'irradiation doit être évité, car il peut provoquer des accidents liés à une poussée de glycosurie et à l'acétonurie.

P. CARRETTE.

## HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

**Hygiène mentale à l'école primaire** (Psychische Hygiene in der Volksschul, par H. ZULLIGER. *Revue Suisse d'Hygiène*, 18, 2, 1938.

L'auteur aborde une foule de problèmes touchant à l'hygiène mentale scolaire : rapports entre l'enfant et ses camarades de classe, entre les élèves des différentes classes, entre l'élève ou l'ensemble des élèves et le maître, le comportement affectif du maître à l'égard des élèves, plans et horaires d'études, installations scolaires, œuvres sociales scolaires, vacances et colonies de vacances, coéducation, rapports entre l'école et la famille, formation des éducateurs, etc. Ce n'est pas le maximum qu'il importe d'atteindre dans un domaine et une direction déterminés, mais l'optimum. Ce qui importe notamment, c'est que les enfants d'âge scolaire soient confiés à des éducateurs psychologiquement sains, adaptés à la réalité et ayant le sens de la réalité. Car le but primordial de l'école, c'est de rendre l'enfant mûr pour la vie, de l'adapter à la réalité de la vie, de développer toutes les qualités susceptibles de garantir une adaptation sociale toujours parfaite.

E. BAUER.

**Centre médico-pédagogique de dépistage des anomalies infantiles à Rio de Janeiro**, par Leonidio RIBEIRO. *Archivos de Medicina legal e Identificação*, n° 15, p. XCI-XCVII, janvier 1938.

M. Ribeiro a pu installer et inaugurer en 1936 un laboratoire de biologie infantile, service auxiliaire de la justice, destiné à étudier le cas de chaque mineur avant son placement dans un établissement de rééducation. C'est une organisation scientifique moderne avec ses services d'examen spécialisés dirigés par dix médecins. Les recherches biologiques sont effectuées par des techniciens. Les résultats de ce centre de triage sont présentés à un comité directeur qui décide du sort des enfants anormaux en instance de place-

ment. Le complément indispensable d'une telle organisation c'est le service de traitement, d'instruction et d'adaptation pour ceux qui restent. Cette clinique est en préparation à Rio de Janeiro. Déjà une classe de démonstration pour vingt enfants sous la direction d'un psychiatre aidé de deux pédagogues a été ouverte. Une loi créant un tribunal pour enfants est à l'étude.

P. CARRETTE.

**Infirmités physiques et vie psychique** (Koerperdefekt und seelisches Geschehen), par H. MENG, de Bâle. *Journal de Psychiatrie infantile*, V, 3, 1938, Bâle.

L'auteur a étudié le développement psychique chez une trentaine de sujets atteints d'infirmités physiques graves depuis les six premiers mois de leur vie. La gravité de la lésion intervient comme facteur favorisant du développement de troubles névropathiques, de même que la prédisposition constitutionnelle et la conduite du milieu ambiant. Mais une hygiène mentale appropriée et des conditions d'ambiance favorable sont susceptibles de les éviter. « Les faits prouvent qu'il n'est pas forcé qu'avec une lésion physique il se forme une âme estropiée. »

E. BAUER.

**Considérations inspirées par les examens successifs pratiqués dans environ 400 cas d'épilepsie**, par H. SJÖGREN. *Acta psychiatrica et neurologica*, XII, 2, 1937, Copenhague.

L'auteur communique les divers résultats d'une enquête sur 450 épileptiques qui ont été soignés entre 1920 et 1935 à la polyclinique psychiatrique de Stockholm. Des tableaux résument les données concernant l'étiologie, l'âge de début, les décès par accidents au cours d'attaques ; le rôle des phases de la vie physiologique féminine est également étudié. La stérilisation a été recommandée 16 fois, 6 fois concurremment avec l'avortement provoqué. On sait que le mariage est interdit, en Suède, aux épileptiques, sauf autorisation spéciale. L'enquête hérédologique qui a porté sur 302 cas, a démontré l'existence d'une tare épileptique dans 73 cas, et 45 fois celle de tares psychopathiques autres que l'épilepsie.

E. BAUER.

**Les influences des mesures ayant un caractère général sur l'eugénique**, par SABIN MANUILA. *Archives de Neurologie*, 1938. n° 3.

L'eugénique est une préoccupation actuelle des pays civilisés. On a laissé se faire au hasard l'accroissement qualitatif et quantitatif de la population. Or les éléments d'élite, et surtout les femmes intellectuelles, s'abstiennent de la procréation, ce qui est fâcheux, car les qualités supérieures s'héritent. Aussi, presque toutes les valeurs intellectuelles supérieures proviennent de la classe paysanne, mais celle-ci s'appauvrit de plus en plus en valeurs supérieures. Il faudrait favoriser la reproduction de l'élite en aidant non seulement ceux qui ont des enfants, mais aussi ceux qui pourraient en avoir, n'encourager en aucune façon l'exode des filles de paysans vers les écoles, et par là, vers une classe supérieure qui restera stérile.

M. LECONTE.

## THÉRAPEUTIQUE

**Sur le traitement des complications nerveuses de l'alcoolisme par la strychnine**, par P. COSSA, H. BOUGEANT, M. PUECH et P. SASSI. *La Presse Médicale*, n° 92, p. 1637-1638, 17 novembre 1937.

La tolérance de doses élevées de strychnine est un argument en faveur de l'alcoolisme. La strychninothérapie exalte les processus de défense, calme l'alcoolique agité et supprime le besoin. Elle stimule la fonction hépatique. Elle agit en somme comme un véritable antagoniste de l'alcool. Les auteurs notent également la légitimité du traitement vis-à-vis des fonctions de la cellule nerveuse. Alors que l'alcool comme les barbituriques élève la chronaxie de l'écorce motrice, la strychnine stimule le cortex rolandique en diminuant la chronaxie.

P. CARRETTE.

**Le traitement de l'épilepsie avec psychose par le prominal** (The Treatment of Epilepsy with Psychosis by Prominal), par D.-E. SANDS. *The Journal of Mental Science*. T. LXXXIII, n° 347, p. 703-706, novembre 1937.

Le prominal est un barbiturique renfermant un radical méthyl-, un éthyl-, un phényle, dont le dosage répond à la moitié des corps du type phénobarbitone. Il agit sur les crises et améliore le comportement psychique des malades, mais se montre moins efficace que le bromure dans les états vésaniques anciens et accusés.

P. CARRETTE.

**Effet du tartrate d'ergotamine dans l'épilepsie idiopathique** (The Effect of Ergotamine Tartrate in idiopathic Epilepsy), par Anthony E. LOSCALZO. *The Journal of nervous and Mental Disease*. T. LXXXVI, n° 5, p. 559-566, novembre 1937.

Les relations de la migraine et de l'épilepsie ont depuis longtemps frappé les observateurs. L'une et l'autre s'observent dans des états de suppléance ou de substitution, dans les hérédités similaires. M. Loscalzo tente de préciser ces rapports par la preuve thérapeutique. L'ergotamine est souvent une excellente médication de la migraine ; surtout en injection de composés solubles. L'administration ovale prolongée de tartrate à la dose quotidienne de 2 à 3 mmgr. a été expérimentée. L'auteur aboutit à cette conclusion que le procédé est inefficace ; qu'il ne permet ni de prévenir, ni de contrôler la fréquence et la sévérité des attaques convulsives.

P. CARRETTE.

**Contribution au traitement de la dépression mélancolique par le chlorure de calcium** (Contribucion al tratamiento de la depression melancolica por el cloruro de calcio), par Andres ESCUTI. *Boletin del Asilo de Alienados en Oliva*, n° 17, p. 234-236, septembre 1937.

Il s'agit d'un état mélancolique à mécanisme indiscutable : crises asthmatiformes, sensation d'épuisement engendrant l'angoisse et la peur de la mort. Cette forme clinique, liée au déséquilibre neuro-végétatif et acido-basique cède assez logiquement au traitement par le chlorure de calcium intraveineux et au régime cétogène.

P. CARRETTE.

**Mélancolie d'involution. Traitement par la theelin** (Involuntional Melancholia. Treatment with Theelin), par Purcell G. SCHUBE, M.-C. MC. MANAMY, C.-E. TRAPP et G.-F. HOUSER. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XXXVIII, n° 3, p. 505-512, septembre 1937.

La mélancolie d'involution est une psychose caractéristique des états dégénératifs. Une personnalité prépsychotique, où dominent les états d'inhibition, de rigidité, de scrupule avec une tendance aux déséquilibres endocriniens explique la difficulté et la longueur des traitements curatifs. L'extrait ovarien (theelin), utilisé par les auteurs pour vérifier les cures favorables publiées récemment ne leur a donné que des échecs ou même des aggravations.

P. CARRETTE.

**Thérapeutique de l'asthénie neuro-psychique**, par A. VANELLI et P. DURANDO (de Novare). *Annali Dell' Ospedale Psichiatrico di Perugia*, juin 1937.

Les auteurs citent les résultats très encourageants qu'ils ont obtenus en traitant une centaine de sujets atteints de psychasthénie. Il utilise un composé médicamenteux fait de phosphore, de solamine et de gelsémine.

Paul ABÉLY.

**De l'autohémothérapie dans les maladies mentales**, par P. TENCONI. *Note et Revista di Psichiatria*, décembre 1937.

L'auteur pratique cette thérapeutique sous diverses méthodes.

Ce traitement, d'après lui, est d'autant plus indiqué qu'il conditionne une réaction du système neuro-végétatif. Il paraît surtout indiqué dans certaines formes de maladies mentales, en particulier dans les états de dépression et de confusion. L'auteur accorde sa préférence à l'injection du sang hémolysé dans de l'eau distillée stérile.

Paul ABÉLY.

**Remarques sur les accidents provoqués par l'insulinothérapie**, par R. BOULIN. Professeur agrégé, médecin des hôpitaux (*Revue médicale française*, février 1939).

Dans les premiers temps qui suivirent l'introduction de l'insuline en thérapeutique, la plupart des médecins ne recoururent au nouveau médicament qu'avec une certaine appréhension. Les biologistes avaient tant insisté sur les accidents hypoglycémiques et sur leurs dangers, que l'on craignait, dès que l'on injectait de l'insuline à un malade, de le voir tomber en convulsions ou pis encore dans le coma. Et les années passèrent. Les médecins s'aperçurent que les accidents hypoglycémiques qu'ils avaient appris à tant redouter étaient en réalité exceptionnels, au moins sous leur forme grave.

Actuellement, on utilise couramment l'insuline dans la maigreur, dans l'insuffisance cardiaque, dans certaines affections mentales, et surtout dans certains troubles de la glycorégulation où tout se borne à une élévation de la glycémie à jeun sans glycosurie.

Peu importerait l'extension excessive de l'emploi de l'insuline si cet emploi était sans danger ; mais il n'en est pas ainsi, et l'emploi trop libéral de cette hormone en a fait perdre de vue les réels inconvénients. Indépendamment des accidents hypoglycémiques que l'on peut éviter en dosant très exactement l'insuline, il existe ou, pour mieux dire, il semble



exister des accidents indépendants de toute hypoglycémie qui ne se produisent qu'assez rarement et presque tous dans les mêmes conditions, chez des sujets âgés, polyscléreux, prédisposés à ces accidents par l'état de leurs vaisseaux. Dans les manifestations hypoglycémiques, l'insuline est seule en cause ; dans les manifestations non hypoglycémiques, c'est le terrain qui est responsable, et l'insuline ne joue que le rôle épisodique d'un agent provocateur.

On conçoit que l'éventualité de tels accidents doive imposer une certaine réserve dans l'usage de l'insuline toutes les fois que l'emploi n'en est pas indispensable.

L. R.

**L'insulinothérapie en psychiatrie** (Insulinotherapie in Psiquiatria), par Antonio Foz, Inocencio B. ANSALDI, Nicolas A. VITA et Jose A. ORDOÑEZ, *Boletín del Instituto psiquiátrico*, n° 20-21, p. 40-76, Rosario, 1937.

Très bonne contribution à l'insulinothérapie des psychoses. Le coma brutal et systématique par l'insuline perd ses adeptes. On préfère de plus en plus un empirisme patient et des méthodes de modération. Chaque amélioration, chaque phase de réadaptation est utilisée comme point de départ psychothérapique. Le traitement se prolonge à petite dose et sert à maintenir le gain obtenu, d'autant que la sensibilisation des malades est généralement rapide, même avec des doses relativement faibles d'insuline.

P. CARRETTE.

**Les principes thérapeutiques fondamentaux de la schizophrénie au point de vue historique** (Die Grundprinzipien der Schizophrenietherapie im historischen Rückblick), par M. Boss (Munich). *Zeitschr. f. d. g. Neuro. und Psych.*, 1937, tome CLVII, p. 358 à 392.

Article d'une rare ampleur de vue, qui dépasse le cadre de la question de la thérapeutique des états schizophréniques pour exposer le mouvement général des idées en psychiatrie depuis la plus haute antiquité jusqu'à nos jours. L'auteur croit pouvoir intégrer toutes les tentatives curatrices dans deux perspectives essentielles (correspondant certainement à l'éternel balancement des sciences médicales depuis l'antagonisme des écoles de Guide et Cos !). Pour certains médecins il s'agit de faire appel aux forces vitales de restauration. Pour d'autres, il s'agit de réparer les désordres des forces vitales. Le détail de l'exposé dépasse encore le mérite de son inspiration. Abondante et précieuse bibliographie sur les méthodes récentes de thérapeutique psychiatrique.

Henri Ey.

**Un nouveau traitement de la schizophrénie**, par M. OLIVIER, M<sup>me</sup> CHEVALIER-GAZAGNOL et J. BRZEZINSKI (*Gazette Médicale de France et des pays de langue française*, 15 mai 1938).

Insistant sur la nécessité d'un diagnostic rapide et d'un traitement précoce, les auteurs rappellent les diverses thérapeutiques (pyrétothérapie artificielle microbienne, médicamenteuse, électrique ; opothérapie ablative ou substitutive ; chimiothérapie ; thérapeutique constitutionnelle d'Aschner ; ergothérapie ; psychothérapie ; narcothérapie), successivement proposées.

Ils indiquent les raisons qui militent en faveur de l'insulinothérapie (Sakel) ou de la cardiazolthérapie (v. Meduna), ou de la cure combinée (Georgi et Stauss) et rapportent les résultats qu'ils ont personnellement obtenus.

R. C.

**Remarques sur le traitement des états schizophréniques par le coma insulinique**, par Paul GUYOT. *Le Progrès médical*, n° 44, p. 1521-1527, 30 octobre 1937.

Le coma insulinique transforme profondément l'état de la plupart des schizophréniques. Si l'on peut considérer ces changements comme des améliorations pour les cas récents et aigus, l'interprétation du choc déterminé sur les malades anciens est plus délicate. M. Guyot attire l'attention sur le réveil de l'affectivité et l'ébranlement physiologique des vieux schizophréniques traités par l'insuline. Il préconise l'usage d'une médication complémentaire de stabilisation dont la nature reste à préciser et une psychothérapie éclairée poursuivie dans un milieu favorable à la réadaptation sociale.

P. CARRETTE.

**Notre expérience actuelle du traitement de la schizophrénie par le choc insulinique** (Über unsere zeitherigen Erfahrungen mit der Insulinschock Behandlung der Schizophrenie), par W. EDERLE (Tübingen). *Zeitschr. f. d. g. Neuro. und Psych.*, 1937, tome 158, p. 422 à 424.

Parmi 69 cas traités, l'auteur a obtenu 38 0/0 de bonnes rémissions, 32 0/0 d'améliorations et 30 0/0 de résultats négatifs. Parmi 147 cas non traités, il n'a observé que 3 0/0 de bonnes rémissions, 26 0/0 d'améliorations spontanées et 71 0/0 d'évolution défavorable. La discussion, à laquelle ont pris part sept auteurs, ajoute à l'intérêt de cette brève mais intéressante communication.

Henri Ey.

**A propos du traitement de la schizophrénie, par l'insuline**, par M. CONTINI (de Sienne). *Rassegna di Studi Psichiatrici*, juin 1937.

Etudiant les modalités techniques apportées maintenant à la méthode de Sakel, il signale ensuite les modifications provoquées par ce traitement dans la formule hématologique et la glycémie.

Ces modifications sont pour lui la conséquence des stimulations apportées sur le système neuro-régétatif par l'insuline.

Paul ABÉLY.

**Une complication rare du choc thérapeutique insulinique** (An Unusual Complication of insulin Shock (Hypoglycoemic) Therapy), par C.-B. MOLONY et M.-S. HONAN. Réunion trimestrielle de la *Royal Médico-Psychological Association*. *The Journal of Mental Science*, T. LXXXIII, n° 347, p. 630-635, novembre 1937.

Le vingt-et-unième jour du traitement par le choc insulinique, le schizophrène ne peut se réveiller malgré l'emploi des procédés habituels destinés à faire cesser le coma. Un traitement prolongé : injections intra-veineuses de glucose, adrénaline et cure anti-diabétique avec insuline, dut être institué pour obtenir le retour à l'état antérieur.

P. CARRETTE.

**Thérapeutique convulsivante dans la schizophrénie** (Convulsion Therapy in Schizophrenia), par Alexander KENNEDY. *The Journal of Mental Science*. T. LXXXIII, n° 347, p. 609-629, novembre 1937.

Rappel de quelques notions historiques et chimiques de la thérapeutique par le cardiazol. Quelques années avant von Meduna, Nyiro et Jablousky, Müller puis Glans, avaient noté l'influence heureuse des crises convulsives sur les phénomènes schizophréniques. C'est le professeur Schmidt, de Heidelberg, qui opère la synthèse du pentaméthylentétrazol, substance dont les propriétés thérapeutiques rappellent celles du camphre. M. Kennedy observe que les cas anciens (4 ans en moyenne) ne s'améliorent guère après les crises et que les formes catatoniques et stuporeuses paraissent les plus sensibles au traitement.

P. CARRETTE.

**Essai de la méthode de von Meduna** (Ensayos del Metodo de von Meduna), par Antonio Foz, Inocencio B. ANSALDI et Nicolas A. VITA. *Boletín del Instituto psiquiátrico*, n° 20-21, p. 131-145, Rosario, 1937.

L'injection intra-veineuse de cardiazol augmente le glucose et l'urée du sang, le glucose, l'albumine et les éléments cellulaires du liquide céphalo-rachidien, à l'occasion de l'accès épileptique dans des cas de psychoses mal définies et apparemment fixées. Les cas anciens résistent mieux aux modifications physiologiques que les cas récents. La période post-convulsive s'accompagne parfois d'excitation motrice avec persistance d'un état crépusculaire. Souvent, la conscience revient avec le réflexe photomoteur. Les doses insuffisantes produisent des myoclonies, du tremblement, de la tachycardie. L'amnésie des accès est de règle. La disparition du mutisme catatonique, la cessation du négativisme, un état de suggestibilité transitoire créent des dispositions favorables à la psychothérapie post-convulsive.

P. CARRETTE.

**Le traitement « irritatif » de la schizophrénie. Revue de vingt cas** (The Irritative Treatment of Schizophrenia. Review of 20 Cases), par Emerick FRIEDMAN. *The American Journal of Psychiatry*. T. XCIV, n° 2, p. 355-372, septembre 1937.

Le traitement proposé est une variante de celui de von Meduna. La valeur convulsivante du camphre est exploitée sous la forme d'injections intramusculaires de solution huileuse à 25 %. La dose initiale est 16 cm<sup>3</sup>, puis augmentée du quart jusqu'à effet utile. Le pentaméthylentétrazol, que l'auteur nomme le metrazol, est employé en solution au 1/10, 5 cm<sup>3</sup> d'abord, en injections intraveineuses. L'accroissement est de 1/5<sup>e</sup> par injection. Les principes d'alcalinisation valables pour l'épilepsie sont repris (diète céto-gène et déshydratation). Pour atteindre un seuil d'irritation favorable, M. Friedman estime qu'il y a intérêt à obtenir des urines alcalines deux jours avant le début du traitement. Sur les 20 cas soumis à l'une ou l'autre cure, 15 sont modifiés ou améliorés ; plusieurs d'entre eux présentaient des syndromes schizophréniques datant de plusieurs années.

P. CARRETTE.

**Traitement par l'action convulsivante de la coramine en psychiatrie** (La Coramina como tratamiento convulsivamente en Psiquiatria), par Carlos F. CRESPO. *Boletín del Instituto psiquiátrico*, n° 20-21, p. 146-149, Rosario, 1937.

Sans aller jusqu'à l'effet convulsivant, à la dose de 5 à 10 cm<sup>3</sup> en injections intra-veineuses, la coramine provoque des perturbations vasculaires et de l'inquiétude ; phénomènes utilisables en thérapeutique psychiatrique. Cette médication est peut-être moins active que le cardiazol, mais elle a l'avantage de pouvoir être utilisée chez les malades dont l'intégrité cardiopulmonaire est douteuse.

P. CARRETTE.

**Paralyse générale juvénile (4 cas traités par la malariathérapie)** (Dementia paralytica juvenilis (Vier malariabehandelte Fälle), par I. STRÖM, de Stockholm. *Acta psychiatrica et neurologica*, XII, 3, 1937.

L'étude de 4 cas de paralysie générale juvénile donne à l'auteur l'occasion d'insister sur la fréquence de cette affection (2 p. cent de la totalité des cas de paralysie générale, 1 p. cent de l'ensemble des cas de syphilis congénitale), et sur les résultats généralement médiocres du traitement paludéen qui ne produit que des améliorations avec déficit quand il n'est pas entièrement inefficace.

E. BAUER.

**Du temps d'incubation dans la malaria provoquée.** (Über die Inkubationszeit bei Künstlicher Malaria), par Th. OSTREM, d'Oslo. *Acta psychiatrica et neurologica*, XII, 4, 1937, Copenhague.

Dans un cas observé par l'auteur, le premier accès fébrile s'est produit 24 heures après l'impaludation par voie intra-veineuse, sans qu'une cause indépendante de celle-ci ait pu être invoquée. L'explication du phénomène est impossible pour le moment. L'auteur s'est livré à une enquête sur la durée d'incubation chez 125 malades. L'hypothèse selon laquelle cette durée dépendrait du rapport entre les groupes sanguins du donneur et du sujet impaludé, n'a pas été confirmée. Par contre il se pourrait que la richesse en plasmodium du sang injecté joue un rôle important.

E. BAUER.

**Les effets physiologiques et psychologiques de la benzédrine** (The Physiological and Psychological Effects of Benzedrine), par Abraham MYERSON. *Boston Society of Psychiatry and Neurology*, in *The Journal of Nervous and Mental Disease*. T. LXXXV, n° 2, p. 202-206, février 1937.

La benzédrine exerce sur l'organisme des effets multiples. M. Myerson passe en revue l'action sur la physiologie générale : élévation de pression sanguine, hyperactivité cellulaire, etc. ; sur les spasmes gastro-intestinaux qui sont supprimés ou atténués (utilité au cours des examens radiologiques) ; sur l'humeur et la fatigue favorablement modifiés. Les doses utiles varient de 10 à 20 et 30 milligrammes.

P. CARRETTE.

**Le comportement des enfants traités par la benzédrine** (The Behavior of Children Receiving Benzedrine), par Charles BRADLEY. *The American Journal of Psychiatry*. T. XCIV, n° 3, p. 577-585, novembre 1937.

L'effet stimulant du sulfate de benzédrine sur les fonctions psychiques a permis à M. Bradley d'obtenir d'intéressantes modifications du compor-

tement chez des enfants qui ont reçu en ingestion 20 mgr. environ de médicament quotidiennement, et surtout l'apaisement des réactions émotives et l'amélioration du rendement scolaire.

P. CARRETTE.

**L'emploi de la benzédrine dans le parkinsonisme post-encéphalitique** (The Use of Benzedrine in Post-Encephalitic Parkinsonism), par Philip SOLOMON et Myron PRINZMETAL. *Boston Society of Psychiatry and Neurology in The Journal of Nervous and Mental Disease*. T. LXXXV, n° 2, p. 202, février 1937.

Les doses de benzédrine ingérées varient de 5 à 60 milligrammes par jour. L'effet de l'administration prolongée et contrôlée par la substitution de produits inertes, et le traitement comparé d'un groupe de psychonévroses est très net : les signes subjectifs du parkinsonisme, la dépression, la fatigue, l'apathie sont heureusement influencés, tandis que la rigidité et le tremblement sont peu modifiés.

P. CARRETTE.

**Rémission de la symptomatologie démentielle chez les encéphalitiques soumis à la cure bulgare** (La remissione della simtomatologia demenziale negli encefalici sotto posti alla cura bulgara), par Oswaldo MECO (Florence). *Rivista di Pato nerv. e mentale*, juillet-août 1937, p. 75 à 90.

Les troubles démentiels et proprement la bradypsychie, si particulière aux états post-encéphalitiques, peuvent être considérés comme des conséquences d'un mécanisme d'inhibition à point de départ neuro-végétatif. C'est sur ce processus inhibiteur qu'agirait la cure bulgare. De l'étude de quatre femmes parkinsoniennes, Mecó a pu tirer la conclusion que même dans les cas où l'affaiblissement intellectuel paraît considérable, la belladone agit heureusement et peut provoquer de notables améliorations.

Henri Ey.

**Le traitement des désordres affectifs secondaires aux traumatismes crâniens** (The Treatment of the Mental After-effects of Head Injury), par Francis PILKINGTON. *The Irish Journal of Medical Science*. n° 144, p. 742-745, décembre 1937.

L'auteur observe la prédominance des troubles organiques sur les syndromes purement psychiques à la suite des traumatismes crâniens et le pronostic relativement favorable des syndromes affectifs secondaires. Il conseille d'ailleurs une thérapeutique discrète, calmante. Le problème médico-légal le plus délicat est celui que posent les états de « compensation hystériques ». La fixation définitive de l'indemnité globale par le dommage causé est alors le meilleur moyen d'obtenir une guérison rapide.

- P. CARRETTE.

**L'hypnose, forme rationnelle de psychothérapie dans le traitement des psychonévroses** (Hypnosis : a Rational Form of Psychotherapy in the Treatment of the Psychoneuroses), par James L. MC. CARTNEY. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. T. LXXXVI, n° 4, octobre 1937.

Le traitement des amnésies, de l'insomnie, des troubles obsédants dans les psychonévroses doit utiliser l'hypnose avec des précautions et des pré-



cisions techniques que l'auteur expose. Il défend d'abord le procédé et s'élève contre les pratiques inconsidérées qui tiennent du charlatanisme. Les suggestions thérapeutiques au cours de l'hypnose doivent être parfois aidées par une médication incitant au sommeil ; elles ne doivent pas cesser pendant la manœuvre ; elles obtiendront du sujet une reprise des gestes normaux et leur répétition. L'hypnose peut aussi compléter utilement les autres formes psychothérapiques pratiquées à l'état de veille.

P. CARRETTE.

**Valeur de la narcose continue dans le traitement des troubles mentaux** (The Value of Continuous Narcosis in the Treatment of Mental Disorder), par Harold A. PALMER. *The Journal of Mental Science*. T. LXXXIII, n° 347, p. 636-678, novembre 1937.

La technique de la narcose continue pour le traitement des états confusionnels, de la dépression avec anxiété, des accès catatoniques, de l'agitation maniaque est très délicate. Elle exige un dispositif fixe : salle de repos pour le patient mis à l'abri des excitations sensorielles, choix de l'hypnotique (généralement le somnifène avec la paralaldéhyde), surveillance médicale pour l'emploi de la médication de soutien. Les toni-cardiaques sont habituellement prescrits. L'insuline et le glucose sont toujours associés au traitement. Des recherches complémentaires sur l'équilibre humoral et neuro-végétatif, sur l'état des grandes fonctions digestives et cardio-vasculaires permettent de réduire l'importance des complications possibles. Dans ces conditions, 33 % environ des psychopathies aiguës présentent une évolution favorable écourtée.

P. CARRETTE.

**Application de la narcose prolongée en psychiatrie, 1<sup>re</sup> partie** (Anwendung des Dauernarkose in der Psychiatrie. I. Mitteilung), par M. J. SEREJSKI et E. S. FELDMANN (Moscou). *Zeitsch. f. d. ges. Neuro. und Psych.*, 1937, tome 157, p. 246 à 276.

Les auteurs ont employé le mélange de Clœtta-Maier par voie rectale. Ils ont traité 28 malades. Dans cette première note, ils insistent particulièrement sur les incidents et accidents (2 cas mortels) qui se produisent avec une fréquence maxima au troisième jour. L'étude du réveil au point de vue physio-pathologique est particulièrement intéressante. Il existe d'abord une période choréiforme, hyperkinétique, ensuite une phase dite des réactions à forme exogène (?), qui dure 24 heures, enfin une phase d'asthénie post-narcotique. La cure dure une dizaine de jours. Toutes les observations ne sont pas données. Elles sont réparties assez curieusement et confusément en groupes « typiques » : le groupe somnolent, atrophique, le groupe de forme hypnique et le groupe intermédiaire ou hypertoxique. Le premier de ces groupes correspondrait aux formes schizophréniques graves, le second type est d'un pronostic assez favorable. Quant au troisième, il se rapproche beaucoup des états confusionnels. Les auteurs qui n'exposent dans ce travail ni l'ensemble, ni le détail de leurs résultats thérapeutiques, donnent 4 observations complètes, l'une pour montrer la conduite du traitement et les trois autres pour illustrer leurs trois types cliniques.

Henri Ey.

**Réduction des symptômes post-encéphalographiques par inhalation d'oxygène à 95 O/O** (Reduction of Postencephalographic Symptoms by Inhalation of 95 per Cent Oxygen), par Robert S. SCHWAB, Jacob FINE et William JASON MIXTER. *Archives of Neurology and Psychiatry*, T. XXXVII, n° 6, p. 1271-1282, juin 1937.

Pour éviter la céphalée, les vertiges, les nausées qui suivent la pratique de l'encéphalographie, les auteurs recommandent l'inhalation d'oxygène presque pur au moyen d'un masque à débit contrôlé. Trois heures d'inhalation permettent un retour du sujet à l'état normal et la pratique dans de meilleures conditions d'injections d'oxygène pour l'obtention d'encéphalogrammes.

P. CARRETTE.

**L'évipan sodique employé comme auxiliaire pour le diagnostic en pathologie chirurgicale des aliénés** (El evipan sódico empleado como auxiliar para el diagnóstico en la patología quirúrgica de los Alienados), par Rafael HERNANDEZ-RAMIREZ et Narciso A. HERNANDEZ. *Boletín del Asilo de Alienados en Oliva*, n° 15, p. 47-51, mars 1937.

Les auteurs estiment que les aliénés agités ou opposants ne jouissent pas de toutes les garanties désirables quand ils sont atteints d'une maladie intercurrente. Ils préconisent une anesthésie brève par 1 ou 2 cmms d'évipan sodique à 10 % destinée à permettre les examens nécessaires : gynécologique, méningé, bucco-pharyngé, abdominal, grâce auxquels de nombreuses erreurs de diagnostic seront évitées comme le précisent les exemples fournis dans le présent mémoire.

P. CARRETTE.

**Action de la Roentgenothérapie sur les gliomes** (Effect of Roentgenotherapy on Gliomas), par I.-M. TARLOV. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XXXVIII, n° 3, p. 513-536, septembre 1937.

Le médulloblastome est le seul gliome de la série étudiée qui ait bénéficié régulièrement de la roentgenothérapie. D'autres tumeurs épéndymaire ou sub-arachnoïdienne, ont paru subir une poussée évolutive sous l'influence de l'irradiation. L'emploi des doses fortes de rayons n'est pas sans danger pour les vaisseaux et pour les cellules. Des foyers hémorragiques et des ramollissements ont été observés.

P. CARRETTE.

**Contribution à la neuro-chirurgie** (Contributi di Neuro-chirurgia), par Stefano d'ESTE et Pierre VARENNA (Pavie). *Rivista di Pat. nerv. e mentale*, mai, juin 1937, p. 467 à 666.

Dans ce second article, véritable volume, les auteurs étudient les effets de la sympathectomie péri-artérielle et péri-nerveuse associée parfois à la neurotonie et à la fasciotomie sur certaines angiopathies, notamment le syndrome de Raynaud (7 cas) et d'artérite oblitérante avec gangrène (9 cas). Cette monographie se recommande à l'intérêt des neuro-psychiatres par la richesse de l'observation clinique et des études anatomo-pathologiques, l'exposé du manuel opératoire et aussi par son abondante et belle illustration.

Henri Ey.

**Sur le diagnostic et le traitement des traumatismes cérébraux**, par Clovis VINCENT (*Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, séances des 3-17 tome 63, n° 8-10, mars 1937).

Les altérations anatomiques et fonctionnelles déclenchées par le neuro-chirurien sont les mêmes que celles qui peuvent être provoquées par un choc violent agissant sur le cerveau. La difficulté, et souvent quasi-impossibilité, du diagnostic des hématomes, de l'œdème, des méningites séreuses, etc., montre que le chirurgien doit chercher des indications en dehors de l'observation clinique. Il les trouvera fréquemment à l'aide de la ponction ventriculaire, de l'examen direct de la surface du cerveau et de ses enveloppes par les trous de trépanation, plus rarement par la ventriculographie.

Les injections de sérum hypertonique, la ponction lombaire, communément employés pour la thérapeutique de ces états, ne sont pas toujours aussi inoffensifs qu'ils le paraissent et ne doivent être pratiqués que sur des indications précises. Passant en revue le traitement chirurgical des hématomes, de l'œdème, du collapsus des hémisphères, M. Clovis Vincent conclut qu'il n'existe pas de méthode générale de traitement des traumatismes cérébraux, mais seulement des indications particulières. Encore est-il souvent impossible de donner des indications thérapeutiques précises. Et s'il est vrai qu'il y aura toujours des traumatismes cérébraux inaccessibles à la thérapeutique, il y a cependant plus de cas curables qu'on ne le croit généralement.

R. C.

**Le traitement des abcès subaigus et chroniques des hémisphères**, par Clovis VINCENT (*Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, tome 64, n° 157, 4 mai 1938).

Toutes les méthodes peuvent guérir des abcès du cerveau : ponction simple, drainage, décompression avec ponctions répétées, extériorisation de la poche, mais toutes ont à leur passif des insuccès. Les abcès que soignent les spécialistes des cavités de la face doivent être traités différemment de ceux dont ont à s'occuper les neuro-chirurgiens, gros abcès, souvent multiloculaires, parfois multiples, souvent centraux, et pour lesquels le drainage seul est le plus souvent inopérant. Pour ces derniers, M. Clovis Vincent propose une méthode consistant à enlever tout d'une pièce l'abcès (contenant et contenu) à la façon d'une tumeur du cerveau, et à fermer sans drainer. Les contre-indications de l'ablation en masse viennent plus de la situation des abcès (adhérence à un organe dont l'altération est, jusqu'ici, incompatible avec la vie) que de leur taille même qu'on peut réduire par ponction.

Si la coque de l'abcès est insuffisante, une large décompression, sans ouverture de la dure-mère, peut encore avoir un résultat favorable à condition que l'abcès ne soit pas trop superficiel.

R. C.

**D'une technique opératoire modifiée et simplifiée de la méthode d'Egaz Moniz sur les lobes préfrontaux dans les maladies mentales**, par A.-R. FIAMBERTI (de Milan). *Rassegna di Studi Psichiatrici*, août 1937.

Méthode qui peut être pratiquée par le neurologue lui-même.

On utilise des instruments employés pour la piqure transorbitaire de

Dogliotti. Avec une technique opportune on atteint le centre semi-ovale du lobe préfrontal, dans lequel on injecte de l'alcool ou de la formaline.

La tolérance de cette méthode expérimentée sur 10 sujets est bonne et sans complications importantes.

Paul ABÉLY.

**Etude clinico-chirurgicale et injection de lipiodol dans un gliome kystique. Radiothérapie** (Estudio clinico-quirúrgico e inyección de lipiodol en un glioma quístico. Radioterapia), par José PEREYRA KÄFER et Ricardo MOREA. *Revista neurologica de Buenos Aires*. T. II, n° 3, p. 192-214, novembre-décembre 1937.

L'examen clinique de ce cas conduit au diagnostic de tumeur mais avec des indications contradictoires de localisation. La ventriculographie découvre une cavité kystique de la région temporale-pariétale droite. La craniectomie libère le cerveau. Peu après, une hernie cérébrale démontre la réalité de la récidue. La radiothérapie est appliquée pendant 15 mois. Jusqu'au 9<sup>e</sup> mois, des ponctions sont nécessaires mais la situation se stabilise ensuite. Depuis un an, la rétrocession des symptômes s'effectue lentement ; le lipiodol placé dans la cavité se résorbe. Le kyste ne se reforme pas.

P. CARRETTE.

**Cordotomie antéro-latérale pour douleur rebelle dans le tabès dorsalis** (Anterolateral Chordotomy for intractable Pain of Tabes dorsalis), par Edgar A. KAHN et Burton F. BARNEY. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XXXVIII, n° 3, p. 467-472, septembre 1937.

La thermothérapie et la malaria donnent des succès dans le tabès, mais les contre-indications sont nombreuses. Les syndromes douloureux ne sont généralement pas influencés et les auteurs recommandent la cordotomie antéro-latérale, qui leur assure huit succès sur les douze cas traités.

P. CARRETTE.

**Résultat du traitement de l'athétose par la section des faisceaux extrapyramidaux de la moelle** (Results of Treatment of Athetosis by Section of Extrapyramidal Tracts in the Spinal Cord), par Tracy J. PUTNAM. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XXXIX, n° 2, p. 258-275, février 1938.

Dans le groupe des dystonies, spasmes de torsion, torticolis, chorées, myoclonies, paralysies agitées, l'auteur isole les cas où prédomine l'athétose, c'est-à-dire les mouvements involontaires, lents et complexes, non modifiables par la scopolamine et les barbituriques. La section de la colonne antérieure de la moelle a permis d'obtenir dans la moitié des cas une amélioration très sensible : restauration des mouvements et possibilité du repos. L'échec du traitement dans les états parkinsoniens et les chorées authentiques vérifie les conclusions de M. Putnam à propos du rôle des tractus extrapyramidaux médullaires dans les états dyscinésiques.

P. CARRETTE.

## MÉDECINE LÉGALE

**Tétanos splanchnique (Considérations étiologiques et médico-légales),** par Ch. SARROUY et VIALA. *Le Progrès médical*, n° 49, p. 1713-1714, 4 décembre 1937.

La forme splanchnique du téτανos implique des problèmes étiologiques et médico-légaux très délicats. En l'absence de lésions cutanées il faut examiner les muqueuses, car la réalité du téτανos dit « médical » paraît bien douteuse. Dans le cas de MM. Sarrouy et Viala la mort rapide permet de découvrir une ulcération anale. Les plaies ano-rectales si aisément souillées engendrent trop souvent le téτανos splanchnique. D'autre part la maladie a fait son apparition après un effort fourni au cours du travail et ayant provoqué une violente douleur. Il n'est pas commode d'évaluer l'importance de cet épisode traumatisant et son influence sur le déclenchement des crises téτανiques.

P. CARRETTE.

**Méningite aiguë et traumatisme. Le problème médico-légal,** par Pierre DEWILLÉE. *Le Progrès médical*, n° 5, p. 145-149, 29 janvier 1938.

Le délai entre le traumatisme et l'apparition de la méningite constitue une des grosses difficultés du problème médico-légal. Difficultés d'autant plus sérieuses que le trauma a été plus discret. L'absence de lésion cutanée ou osseuse n'est pas un argument définitif. L'état commotionnel peut exalter la virulence d'agents pathogènes.

P. CARRETTE.

**Contribution à l'évolution des processus traumatiques,** par S. L. CETLINE et A. S. EFROS. *Sovietskaia Psichonevrologia*, t. XIII, n° 5, 1937.

La réunion de 110 observations de malades ayant présenté des troubles psychiques ou nerveux post-traumatiques a permis aux auteurs de faire les remarques suivantes : 1° La division des traumatisés nerveux en organiques (encéphalopathies) et psychiques (névroses) est artificielle. En effet, les signes faisant partie des groupes apparemment distincts peuvent s'associer ou se confondre. 2° Les rémissions peuvent être complètes. 3° Les crises épileptiques surviennent longtemps après le traumatisme se rattachent plus aux encéphalopathies qu'aux névroses. 4° L'aggravation des manifestations post-traumatiques dépend souvent de facteurs étrangers au traumatisme (processus infectieux, alcoolisme, chocs psychiques). 5° L'âge des sujets joue un rôle important au point de vue des suites lointaines en raison de la tendance à la sclérose des traumatisés. 6° Dans les suites on peut assister, soit à la transformation asthénisante de la personnalité psychique, soit au développement d'un complexe symptomatique de structure schizoïde apparaissant comme conséquence de la tendance interprétative vis-à-vis des dommages subis. 7° Enfin, les possibilités de compensation des traumatisés dépendent étroitement de la disposition du sujet au travail, de l'influence du milieu et du droit rationnel de l'occupation.

FRIBOURG-BLANC.



**Le syndrome comitial très tardif des anciens traumatisés cranio-cérébraux de la guerre 1914-1918**, par René TARGOWLA. *La Presse médicale*, n° 61, p. 1115-1117, 31 juillet 1937.

On observe chez les traumatisés de guerre le retour des troubles anciens annoncés par une période prodromique de malaises et de vertiges. Les crises épileptiformes, à leur réapparition, posent un grave problème étiologique — et par conséquent médico-légal. M. Targowla insiste sur la nécessité de prévenir les intéressés du risque de rechute. Des facteurs nouveaux interviennent qu'un traitement approprié et des mesures prophylactiques peuvent neutraliser. Les menaces d'artério-sclérose, l'influence épileptogène des habitudes alcooliques compliquent fréquemment la situation des anciens traumatisés cranio-cérébraux.

La révision des pensions est une tâche délicate. L'équité exige que les divers facteurs étiologiques soient reconnus exactement et que les mesures d'hygiène préventives soient prescrites en temps utile.

P. CARRETTE.

**Quatre cas médico-légaux de troubles psychiques au cours de la sclérose en plaques**, par F. KACZANOWSKI. (*Rocznik Psychiatryczny*, Fasc. XXXIII, 1938).

A propos de quatre observations de troubles psychiques dus à la sclérose en plaques et qui furent à l'origine de poursuites judiciaires, l'auteur souligne la diversité des manifestations psychiques, la variabilité du moment de leur extériorisation et le manque d'équivalence entre les syndromes neurologique et psychique. L'expert peut se trouver en présence de difficultés réelles lorsqu'il s'agit de prouver la dépendance de l'acte criminel des troubles psychiques, surtout s'il s'agit de troubles survenant par accès. D'autre part, les affections organiques du système nerveux n'entraînent pas le privilège de l'irresponsabilité pénale, d'où la nécessité d'une analyse approfondie adaptée à chaque cas particulier pour étayer avec prudence les raisons de l'application de l'article du Code reconnaissant l'irresponsabilité du sujet.

FRIEDBURG-BLANC.

**Les altérations des empreintes digitales chez les travailleurs et leur traitement**, par Leonidio RIBEIRO. *La Presse médicale* n° 87, p. 1535-1536, 30 octobre 1937.

Les exigences de l'identification tiennent un compte de plus en plus grand des empreintes digitales. L'auteur signale le risque couru par les ouvriers qui à la suite de lépromes, fréquemment observés au Brésil, perdent la plupart des caractéristiques de leurs empreintes. Les manipulations chimiques, l'usage du radium constituent une autre menace. Il importe de soumettre les ouvriers à des traitements précoces et de leur imposer des mesures de protection pour éviter des dermatoses digitales dont l'importance comme accident du travail se double d'un intérêt médico-légal croissant.

P. CARRETTE.

**Un cas de destruction pathologique familiale des empreintes digitales.**  
**Maladie de Meleda** (Un caso de Destruccion patologica familiar de impresiones digitales. Enfermedad de Meleda), par Nerio ROJAS et Julio R. OBIGLIO.  
*Revista de la Asociacion medica argentina*. T. L., n° 367, p. 164-170, février 1937.

La maladie décrite par Nuemann et Ehlers et observée à l'île de Meleda est une affection congénitale, familiale et héréditaire, caractérisée par une kératose plantaire et palmaire. Les auteurs présentent deux cas (la mère et la fille) dans lesquels les orifices folliculaires pigmentés et les plis constituent les seuls éléments d'identification, les empreintes digitales étant complètement lisses sans aucune trace des lignes utilisées en médecine légale.

P. CARRETTE.

**Délit de contagion vénérienne** (Delito de contagio venéreo), par Nerio ROJAS et Federico BONNET. *Archivos chilenos de Criminologia*. T. I, p. 21-37; décembre 1937.

Les auteurs rappellent que l'article 18 du Code pénal argentin prévoit la répression contre quiconque « se sachant affecté d'une maladie vénérienne transmissible la transmet à une autre personne ». Disposition défectueuse, insuffisante évidemment. Elle laisse au moins la possibilité aux juges d'interpréter les faits et de sanctionner. MM. Rojas et Bonnet proposent des précisions législatives nouvelles permettant de distinguer le dol de la culpabilité passive et tendant à réclamer pour la notion du risque vénérien des précisions qui impliqueraient un progrès social sérieux dans le domaine de la prophylaxie et de l'hygiène.

P. CARRETTE.

**Amour et outrage** (Amore e ingiuria), par Giulio PAOLI, Pavie. *La Scuola Positiva*, juillet-août 1937, p. 281-288.

L'auteur critique juridiquement et passionnément un jugement rendu par le Tribunal de San Miniato qui a condamné, par application de l'article 594 du Code Pénal italien, un homme pour avoir « outragé » une femme mariée en lui faisant la cour et en lui adressant une lettre où se trouvait cette phrase « répréhensible » : « Je voudrais déposer un baiser sur tes lèvres fraîches... » Tout le reste du jugement est reproduit et ne manque pas d'intérêt.

Henri Ex.

**Les amoureux des criminelles (L'enclitophilie)**, par le Dr Edmond LOCARD, Directeur du Laboratoire de police technique de Lyon (*L'Avenir Médical*, janvier 1939).

Estimant que « la psychiatrie consiste à baptiser des états d'âme, faute d'en pouvoir décrire le substratum anatomique, faute surtout d'y pouvoir porter remède », M. Edmond Locard a créé le mot « enclitophilie ». Ce mot veut désigner la « folie » des « amoureux des criminelles ». Il ne semble pas d'une précision absolue.

En conclusion de cette étude, l'éminent criminologiste caractérise ainsi ceux qu'il considère comme constituant une nouvelle catégorie psychiatrique :

« Ainsi l'amour qu'inspirent les criminels n'est jamais le pur amour, ce  
 « complexe minimum où n'entrent que la tendresse et le désir. Il implique  
 « des sentiments étrangers qui le déclenchent, sans quoi il ne pourrait pas  
 « être et qui sont donc des érogènes. J'en ai indiqué trois, la vanité, une  
 « pitié hypocrite et le masochisme, sans penser que cette liste fût exhaus-  
 « tive. On sera choqué, peut-être, de ne voir figurer dans cette brève énu-  
 « mération aucun « bon sentiment ». On s'attendait sans doute à ce que la  
 « charité, le goût de la rédemption, l'esprit de sacrifice fussent indiqués au  
 « cours de cette analyse. Je ne l'ai pas fait, parce que ces nobles figures, je  
 « ne les ai pas rencontrées et que, dans ces notules, je n'ai voulu témoigner  
 « que de ce que j'ai vu et non de ce que l'on pourrait imaginer. C'est peut-  
 « être que j'ai l'esprit mal disposé à entendre les chœurs des anges. Mais je  
 « crois sincèrement qu'à fréquenter les enclitophiles, c'est une mesure qu'on  
 « a petite chance d'ouïr. »

R. C.

**L'érotisme délictueux de l'homme d'âge mûr et non dément**, par E. GELMA  
 (Strasbourg). *Archives de Neurologie de Bucarest*, tome II, 1938.

L'auteur envisage des cas soudains d'activité sexuelle délictueuse sans manifestations psychopathiques apparentes. Les tests eux-mêmes sont négatifs tout autant que l'examen neurologique. Cependant souvent le malade est un organique, sans être mentalement ou neurologiquement déficitaire. L'exemple du test concerne un délinquant atteint de polysclérose avec hypertension artérielle ancienne. Inculpé d'outrages publics à la pudeur, il s'était fait lécher par des animaux dans un parc zoologique. L'auteur envisage chez ce célibataire ne présentant aucune anomalie sexuelle, en dehors de la singularité de l'acte, le rôle de l'hypertension massive et des troubles circulatoires en résultant. Ce qui s'est produit chez ce malade, c'est une altération isolée des facultés inhibitrices de la psycho-sexualité. Ce fléchissement, qui parfois se manifeste sans cause extérieure saisissable, a ici son origine dans des processus diffus liés à l'irrigation cérébrale troublée, d'où l'importance pour le médecin-expert de ces déficits parcellaires de l'activité psychologique.

M. LECONTE.

**Constitution bio-psychique et criminalité**, par FI. STEFANESCO-GOANGA.  
*Revista de Psihologie*, Cluj, 1938.

La criminalité moderne insiste sur l'étude concrète du criminel comme une unité biopsychologique et sociale. Les auteurs envisagent dans leur étude les rapports entre la criminalité et les principaux aspects de l'individualité humaine (le biotype humain). En ce qui concerne l'intelligence des criminels, les statistiques de l'Institut de Psychologie de Cluj montrent, chez les délinquants mineurs, 31,13 0/0 des débiles mentaux alors que le pourcentage est de 2,77 0/0 dans la population scolaire. La proportion de débiles mentaux croît avec la gravité du délit. En outre, 50 0/0 des récidivistes mineurs sont aussi des débiles mentaux. Un autre facteur de grande importance dans la détermination des actes criminels est constitué par les troubles émotivo-actifs. Autre remarque : chacun des types morphologiques connus peut arriver à la criminalité. Il n'y a pas de type morphologique du criminel, mais on peut observer une tendance d'évolution des types

morphologiques vers certaines catégories de crimes. Les causes de la criminalité sont si multiples que la connaissance intégrale de l'individu criminel, des points de vue biotypologique et de toute l'individualité s'impose de toute évidence.

M. LECONTE.

**La criminalité dans les états psychopathiques initiaux** (Le criminalità negli stati psicopatici iniziali), par G. FATTAVICH et N. NICOLAÏ, Venise. *Neopsichiatría*, juillet-août 1937, p. 339-359.

Dix observations (dont trois homicides mélancoliques) de crimes ou de réactions antisociales apparaissent comme première manifestation d'un processus psychopathique.

Henri Ey.

**Anthropologie criminelle ou psychologie différentielle ?** (Antropologia criminale e psicologia differenziali ? par Antonino NATOLI, Volterra. *Neopsichiatría*, juillet-août 1937, p. 360-365.

Deux noms, en Italie, symbolisent les tendances qui dans le domaine de la criminologie s'affrontent avec d'autant plus de violence que longtemps l'une d'elles représentait une sorte de dogme scientifique auquel l'auteur reste attaché. Pour *di Tullio*, la question de la responsabilité ne peut pas se poser, le crime ne peut être l'objet que d'une science propre, l'anthropologie criminelle. Pour *Gemelli*, tout crime n'est pas nécessairement déterminé biologiquement car il peut être l'expression de la liberté humaine. Pris dans ce vertigineux antagonisme, Natoli conclut selon une norme pratique qu'il faut en tous cas examiner avec soin les criminels au point de vue biologique.

Henri Ey.

**L'expertise psychologique**, par S. CUPCEA. *Revista de Psihologie*, vol. I, Cluj, 1938.

A l'expertise médicale est venue s'ajouter récemment l'expertise psychologique. Le domaine de l'expertise psychologique est assez étendu et assez varié. Les problèmes les plus importants qui se sont imposés à la recherche sont les suivants : le diagnostic de la culpabilité, de la responsabilité, de la valeur du témoignage, de la sincérité du témoignage ; ensuite, dans le domaine de l'activité professionnelle, le problème des accidents, de l'incapacité professionnelle, des jeux de hasard, etc.

L'exposé est suivi de quelques expertises personnelles.

M. LECONTE.

**Le psychodiagnostic de Rorschach en criminologie** (O psicodiagnostico de Rorschach en Criminologia), par Luiz de PINA. *Boletín dos Institutos de Criminologia*. T. I, fasc. 2, Porto, 1938.

Le test de Rorschach renseigne, par le moyen d'une impression visuelle, sur les associations d'idées, la sensibilité, l'activité volontaire et instinctive, l'imagination du sujet. L'élaboration du protocole descriptif des réponses est facile pour un spécialiste entraîné. C'est l'interprétation symbolique qui constitue l'opération délicate. Il y a des expériences concluantes. Ainsi le cas rapporté par l'auteur d'un homicide fournissant huit

réponses sur dix se rapportant à des éléments anatomiques humains, mais il est trop net pour être fréquent. Le test de Rorschach constitue néanmoins un moyen d'enquête psychologique largement utilisable en criminologie.

P. CARRETTE.

**Le psychogramme dans l'anthropologie criminelle** (*O psicograma em antropologia criminal*), par Luiz de PINA. *O instituto*. T. LXXXXIII, Porto, 1938.

La réforme des prisons, décidée par le décret du 28 mai 1936, a heureusement coïncidé avec la réorganisation des Instituts de criminologie au Portugal. L'étude des délinquants et des criminels est systématiquement pratiquée et fixée dans un dossier très complet. Le psychogramme qui y est inclus, imaginé par M. de Pina, emprunte ses divisions aux conceptions de Rossolimo, Kretschmer, Delmas et Boll, etc... Il constitue une fiche très précise et d'une lecture facile dont l'emploi a été généralisé et rendu obligatoire par un décret ministériel récent.

P. CARRETTE.

**La vérité et l'appareil « indicateur de mensonges »** (*La verdad acerca del « indicador de mentiras »*), par John A. LARSON, Alan CANTY et Claude BROOM. *Archivos chilenos de Criminologia*. T. I, p. 57-65, décembre 1937.

Le cardio-pneumo-psychographe de Larson, imaginé en 1921, pour la mesure comparée des mouvements du cœur et des poumons au cours des perturbations vaso-motrices provoquées fut utilisé par la police de Berkeley et son usage rapidement généralisé. L'appareil est aujourd'hui connu du public comme « indicateur de mensonges ». Pendant 15 ans les auteurs ont pratiqué la pneumographie et la sphygmographie chez des suspects, des prévenus auxquels des questions étaient posées dans des conditions soigneusement réglementées. Ils ont généralement obtenu des tracés dont les irrégularités correspondaient aux dissimulations et aux tromperies dans les réponses. La grosse objection des variations vaso-motrices inhérentes au sujet, exaspérées par l'examen chez les émotifs, ne serait pas valable quand les essais sont assez prolongés et répétés avec un ensemble de questions choisies pour leur clarté, leur objectivité et leur brièveté.

P. CARRETTE.

**Le mythe de l'Ichic-ollco dans la genèse d'un crime** (*El mito del Ichic-ollco en la genesis de un delito*), par José Max ARNILLAS ARANA. *Archivos peruanos de Higiene mental*. T. I, n° 2, p. 69-96, septembre 1937.

Littéralement « ichic-ollco » veut dire petit homme et désigne une simplification du diable. Dans les vieux mythes péruviens, ce personnage mystérieux à la chevelure abondante et neigeuse sort de l'eau des fontaines et des sources au milieu de la nuit. Le cas médico-légal présenté par M. Arnillas Arana est celui d'un alcoolique chronique qui matérialise sa croyance au mythe dans des épisodes délirants hallucinatoires. Les tendances agressives du sujet, l'anxiété et les visions fantastiques provoquent des réactions violentes. Plusieurs homicides sont commis à l'occasion de crises d'agitation confusionnelle.

P. CARRETTE.



**Un cas d'homicide-suicide** (Un caso de Homicidio-Suicidio), par C. SALVAGNO-CAMPOS. *Archivos chilenos de Criminologia*. T. I, p. 141-154, décembre 1937.

Ce cas d'homicide suivi de tentative de suicide est une forme de suicide à deux dans l'intention. L'homme, sujet actif, atteint de dépression mélancolique, antérieurement bien équilibré, est suggestionné par la femme, sujet passif qui cependant pousse à la réalisation du projet obsédant. Les experts ont considéré que l'homme n'était pas responsable du meurtre commis. C'est l'avis de M. Salvagno-Campos, professeur de droit pénal à l'Université de Montevideo, et la sentence a répondu aux vœux des médecins-légistes. Pour la première fois, les conceptions de la médecine légale moderne trouvent en Uruguay une audition favorable auprès de la Justice sur la question des rapports du crime avec les états passionnels.

P. CARRETTE.

**Arriération intellectuelle et récidive chez les enfants délinquants**, par Paul VERVAECK. *Revue de Droit pénal et de criminologie*, Bruxelles, 18<sup>e</sup> année, n° 10, octobre 1938.

Les chances de récidive sont-elles plus grandes chez les débiles mentaux que chez les enfants normalement doués ? Les recherches faites par l'école du professeur Healy montrent que l'impression des auteurs américains est nettement optimiste quant à l'avenir des délinquants débiles mentaux. Au contraire, le Dr Vervaeck estime que la débilité mentale est un élément de prédisposition à la récidive des délinquants juvéniles. Son rôle ne doit toutefois pas être surévalué : les conditions sociales interviennent incontestablement, notamment l'absence de travail approprié aux aptitudes du mineur. A cet égard, la création d'une tutelle sociale et professionnelle s'impose pour les anciens élèves des Instituts médico-pédagogiques.

LAUZIER.

**L'obligation du traitement pour les buveurs dangereux**, par Louis VERVAECK. *Revue de Droit pénal et de criminologie*, Bruxelles, 18<sup>e</sup> année, n° 7, juillet 1938.

Il est peu de thérapeutiques aussi décevantes que celle de l'alcoolisme et l'on conçoit que les psychiatres soient arrivés à la conviction que dans bien des cas on devrait pouvoir recourir à des mesures énergiques, telle l'obligation de se désintoxiquer et de se soumettre à un contrôle psychiatrique, tel, surtout dans les formes graves, l'internement thérapeutique dans une colonie de buveurs.

M. le Dr Vervaeck a réuni une documentation extrêmement complète et précise des législations en vigueur ou en projet vis-à-vis des alcooliques dans les principaux pays du monde.

De cet ensemble de textes il résulte que dans le traitement scientifique des buveurs, il faut envisager deux étapes. La première, celle du traitement libre sous toutes ses formes, sera basée sur la persuasion, la thérapeutique médicale, la rééducation, la tutelle sociale et le contrôle psychiatrique.

En cas de récidive d'ivresse publique, les tribunaux pourront imposer ce traitement libre, en déterminant les personnes ou les œuvres chargées d'en assurer l'exécution régulière ; faute de s'y soumettre, ils ordonneront le placement des buveurs en observation dans un service hospitalier ou une

institution psychiatrique, aux fins de déterminer si une mesure d'internement doit être prise à leur égard.

En cas de rapport affirmatif, les tribunaux ordonneront leur internement dans une colonie de traitement et de travail pour buveurs, pour un terme ne pouvant dépasser deux ans et dont des libérations à titre d'essai seraient susceptibles de réduire la durée. Il appartiendra à des Commissions spéciales, organisées sur le type des Commissions de Défense Sociale à l'égard des anormaux, de surveiller les conditions d'internement.

Souhaitons, avec le Dr Vervaeck, que les parlementaires de nos deux pays, tout en votant la vente libre de l'alcool, aient le courage de voter en même temps, les fonds nécessaires pour créer les sanatoria pour buveurs, qui nous manquent.

LAUZIER.

**La capacité pénale ; le problème de la responsabilité**, par V. STANCIU.  
*Revue de Droit pénal et de Criminologie*, Bruxelles, 18<sup>e</sup> année, n° 10, octobre 1938.

La question de la responsabilité relève de la métaphysique et nullement du droit pénal. Pour l'auteur, il faut rejeter la notion de responsabilité, aussi bien morale que légale. La seule responsabilité qui puisse subsister est la responsabilité physique, laquelle signifie que l'accusé est matériellement l'auteur de l'infraction. Il faut de même renoncer à la notion de culpabilité. La peine doit être proportionnée au danger inspiré par le criminel. Si, dans le droit positif, la peine est augmentée avec la gravité du fait commis, c'est seulement parce que la gravité de l'infraction est un indice du péril que le délinquant présente pour la Société. Pour remplacer la notion de responsabilité, M. Stanciu propose l'expression de « capacité pénale », déjà employée depuis bien des années par M. le Professeur Laignel-Lavastine.

LAUZIER.

**Essai d'une nouvelle conception de la responsabilité pénale**, par C. VASILIU.  
*Revue de Droit pénal et de criminologie*, Bruxelles, 18<sup>e</sup> année, n° 5, mai 1938.

Dans la doctrine pénale classique, l'élément moral de l'infraction joue un rôle prépondérant qui peut s'analyser en trois termes : a) la volonté portant sur l'acte en soi, indépendant de son caractère illicite ; b) l'intention simple, c'est-à-dire la volonté de commettre l'infraction telle qu'elle est prévue par la loi pénale et enfin, c) le mobile-motif qui peut déterminer une volonté coupable. A l'encontre de cette doctrine, l'auteur estime que le facteur psychologique doit perdre l'importance qu'on lui accorde actuellement en tant qu'élément constitutif de l'infraction pénale. La science pénale doit seulement faire état de l'aspect social de la volonté individuelle. Or, le critérium qui permet de qualifier la volonté sociale est l'existence du but poursuivi. C'est le but antisocial qui imprime à la manifestation de volonté son caractère illicite. La phase de la volonté psychologique, volition interne, doit être ignorée par la science pénale, car elle est de nature psychologique, soustraite par là-même, à l'emprise des données juridiques.

LAUZIER.

# VARIETÉS

---

## SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

### Séances

La *séance supplémentaire* du mois d'AVRIL de la Société Médico-psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *jeudi 20 avril 1939*, à 9 heures 30 très précises, à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV<sup>e</sup> arrondissement), dans l'Amphithéâtre du Pavillon Magnan.

La *séance ordinaire* du mois d'avril de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 24 avril 1939*, à 4 heures très précises, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI<sup>e</sup> arrondissement).

La *séance supplémentaire* du mois de MAI, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *jeudi 11 mai 1939*, à 9 heures 30 très précises, à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV<sup>e</sup> arrondissement), dans l'Amphithéâtre du Pavillon Magnan.

La *séance ordinaire* du mois de mai de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 22 mai 1939*, à 4 heures très précises, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (XIV<sup>e</sup> arrondissement).

## HOPITAUX PSYCHIATRIQUES

### Distinctions honorifiques

#### ORDRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Est promu *Commandeur de l'Ordre de la Santé publique* :

M. DELAÏTRE, Conseil d'Etat, membre du Conseil de Surveillance des Hôpitaux psychiatriques de la Seine.

Sont nommés *Chevaliers de l'Ordre de la Santé publique* :

M. le D<sup>r</sup> FASSOU, Médecin-Chef au Centre d'Hygiène mentale de Marseille (Bouches-du-Rhône) ;

M. le D<sup>r</sup> MANS, Médecin-Chef à l'Asile privé, faisant fonction d'Hôpital psychiatrique de Saint-Rémy (Haute-Saône) ;

Mme le D<sup>r</sup> MASSON-CHIARLI, Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique de Naugeat, à Limoges (Haute-Vienne).

## OFFICIER D'ACADÉMIE

M. le D<sup>r</sup> JABOUILLE, Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique de Rouffach (Haut-Rhin), est nommé *Officier d'Académie*.

## Honorariat

M. le D<sup>r</sup> J. CHARPENTIER et M. le D<sup>r</sup> LAGRIFFE sont nommés Médecins honoraires des Hôpitaux psychiatriques.

## Nominations

Mme le D<sup>r</sup> BONNAFOUS est nommée Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique d'Alençon (Orne) ;

M. le D<sup>r</sup> GARDES est nommé Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique autonome de Château-Picon, à Bordeaux (Gironde) ;

M. le D<sup>r</sup> FRETET est nommé Médecin-Chef à la Colonie familiale de Dun-sur-Auron (Cher) ;

M. le D<sup>r</sup> SOULAIRAC est nommé Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique autonome d'Armentières (Nord).

## Concours pour 15 postes de Médecin des Hôpitaux psychiatriques

Le concours ouvert au Ministère de la Santé publique pour le recrutement de quinze médecins du cadre des hôpitaux psychiatriques, dont la date avait été primitivement fixée au 24 avril 1939, est reporté au 5 juin 1939.

## Incendie à la Clinique psychiatrique d'Esquermes

Un incendie s'étant déclaré dans les combles d'un bâtiment de la Clinique psychiatrique d'Esquermes, à Lille, le feu a atteint les dortoirs du personnel infirmier. L'intervention immédiate des services de sécurité a permis d'évacuer rapidement tous les malades et de limiter les dégâts matériels.

## Incendie d'un hôpital psychiatrique canadien

On apprend de Québec que le grand Hôpital d'aliénés Saint-Michel-Archange a été détruit entièrement par le feu. Les rudes hivers canadiens qui facilitent l'incendie rendent aussi particulièrement difficile la lutte contre le feu. Cependant, grâce aux précautions prises et au dévouement du personnel, tous les malades ont pu être évacués à temps.

## RÉUNIONS ET CONGRÈS

95<sup>e</sup> Réunion annuelle de l'American psychiatric Association

La 95<sup>e</sup> Réunion annuelle de l'American psychiatric Association se tiendra à Chicago, Ill. (Palmer House), du 8 au 12 mai 1939, sous la présidence du D<sup>r</sup> Richard H. HUTCHINGS, d'Utica (N.-Y.).

## Journées médico-psychiatriques pan-américaines.

Prochainement auront lieu à *Lima*, sous les auspices du Ministère de la Santé publique, les *Journées médico-psychiatriques pan-américaines*. Toutes les nations américaines y seront représentées et apporteront des éléments précieux pour l'étude de toutes les questions psychiatriques. Rappelons que le Pérou possède un asile d'aliénés modèle dû à la munificence du philanthrope *Victor Larco Herrera*.

(*La Presse Médicale*, 5 avril 1939).

## Assemblée de printemps de la Société Suisse de psychiatrie

L'assemblée de printemps de la *Société Suisse de Psychiatrie* aura lieu cette année, en commun avec la *Société Suisse de Neurologie*, à *Lugano*, les samedi 3 juin et dimanche 4 juin 1939, sous la présidence du Professeur J.-E. STAENELIN (de Bâle).

Cette réunion sera consacrée à l'étude de la question suivante : *Neuro et psychopathologie des intoxications professionnelles*.

Rapporteurs : Prof. F. FLURY (de Würzburg), Prof. Hans W. MAIER (de Zurich), Prof. H. STECK (de Céry-s.-Lausanne), Dr F. LÜTHY (de Zurich).

Rappelons qu'à la suite de cette réunion, se tiendra également à *Lugano*, du 4 au 6 juin 1939, sous la présidence du Dr REPOND (de Malévoz-Monthey), la *V<sup>e</sup> Réunion Européenne d'Hygiène mentale*.

## HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

La Société Médicale des Hôpitaux de Lyon a approuvé et décidé de présenter aux Pouvoirs publics les deux vœux suivants :

1° un vœu du Professeur Jean LÉPINE, Doyen de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Lyon, Membre de l'Institut proposant les mesures suivantes :

- Diminution sensible du nombre des débits ;
- Suppression du privilège des bouilleurs de cru ;
- Interdiction des boissons alcooliques de haut degré ;
- Interdiction de la vente de l'alcool au verre ;
- Interdiction de la vente de l'alcool à des mineurs de 18 ans ;
- Interdiction de tout règlement de salaire en alcool ;
- Dégrèvements fiscaux en faveur des établissements ne vendant que des boissons sans alcool ;
- Retrait du permis de conduire à tout conducteur de véhicule trouvé en état d'ivresse ;

Retrait temporaire des avantages des assurances sociales pour toute affection d'origine alcoolique ;

Interdiction d'invoquer l'ivresse comme circonstance atténuante d'une infraction judiciaire ;

Sanctions administratives contre tout agent d'un service public atteint d'alcoolisme ;



Enseignement antialcoolique détaillé dans les écoles normales d'instituteurs ;

Propagande dans les collectivités ;

Subvention à la ligue nationale contre l'alcoolisme ;

Développement de l'enseignement ménager dans les écoles ;

Interdiction de toute publicité par annonce, affichage ou radio en faveur de boissons alcooliques.

2° Un vœu du Professeur DELORE motivé par « l'augmentation impressionnante des troubles physiques et mentaux constatés dans les services hospitaliers et relevant directement des excès de boissons ».

Considérant le problème de l'alcoolisme comme une question de salut public, et que la prophylaxie doit être avant tout éducative, M. Delore attire l'attention des Pouvoirs publics sur l'urgence d'une propagande à l'école et dans l'armée. Dans les hôpitaux, il demande comme moyens d'action :

1° L'apposition d'affiches dans les salles de consultations et les salles de malades ;

2° La distribution d'un tract aux malades sortants, ce tract recommandant notamment aux buveurs de se mettre en relation avec l'œuvre antialcoolique, à défaut d'un dispensaire antialcoolique, dispensaire dont la création serait d'ailleurs hautement désirable.

Les auteurs ont, en effet, relevé plus de 37 % de cas dans leurs services de médecine générale. Ils insistent sur l'ignorance complète du peuple en matière d'intoxication alcoolique.

(*Le Siècle Médical*, 1<sup>er</sup> avril 1939).

## ASSISTANCE

### Projet de création de services ouverts annexés aux hôpitaux psychiatriques et d'additions à la loi de 1838 sur les aliénés

Le nombre des malades mentaux, qui était de 60.000 en 1910, est passé en 1938 à 110.000. Cette augmentation, due à la guerre, à la complexité et à l'agitation de la vie moderne, pose un redoutable problème social.

D'une part, en effet, bien des familles, reculant devant l'internement, hésitent à faire soigner leur malade et, d'autre part, si tous les malades à traiter se présentaient dans les hôpitaux psychiatriques, il serait impossible de les y accueillir, faute de place, la plupart de ces hôpitaux étant actuellement surencombrés.

Déjà, il y a quelques mois, le Ministre de la Santé publique préconisait, dans une circulaire aux Préfets, certaines mesures qui avaient pour but de décongestionner les hôpitaux psychiatriques sans nuire à la protection de la Société.

Les renseignements qui sont parvenus au Ministère sur l'application de la circulaire ont incité M. Marc Rucart à prendre l'initiative d'une mesure plus importante encore.

Après avoir réuni une conférence de psychiatres, le Ministre soumettait, pour avis, au Conseil supérieur d'hygiène sociale, un projet de loi qui vient d'être déposé sur le bureau de la Chambre, avec l'approbation des Ministres de la Justice et de l'Intérieur.

Ce projet — modifiant la loi du 18 juin 1838 — permettra essentiellement de réduire la surcharge actuelle des hôpitaux et d'y traiter de nouveaux malades.

Si les autorités ou les médecins-chefs d'établissements hésitent, en effet, à libérer définitivement les malades, c'est qu'ils craignent les réactions que pourrait occasionner la reprise de contact avec la vie normale. Aussi, le nombre des libérés définitifs est-il, jusqu'à ce jour, extrêmement réduit.

Le projet prévoit des sorties d'essai d'une durée de trois mois, qui, comme leur nom l'indique, constitueront l'épreuve décisive pour constater si le malade peut, oui ou non, être définitivement rendu à la liberté. La société continuera à être protégée, car pendant la durée de cet essai, le malade sera médicalement surveillé.

En contre-partie, pour inciter les familles à faire soigner à temps leurs malades, le projet prévoit la création de services ouverts annexés aux hôpitaux psychiatriques, mais complètement séparés des services d'internement.

Les familles, en effet, se résolvent difficilement à l'internement, dont certaines conséquences, du point de vue juridique ou social, sont gênantes pour les intéressés. Pour beaucoup, l'internement constitue en quelque sorte une tare. La création de services ouverts, où le malade est entièrement assimilé à un malade d'hôpital, où il est libre et, dès lors, peut s'en aller quand il lui plaît, donnera aux familles toute la quiétude d'esprit.

Il n'est pas douteux qu'ainsi un grand nombre de malades qui, abandonnés à eux-mêmes, deviendraient des aliénés, pourraient être traités et guéris ; on arrêtera ainsi l'accroissement continu et si inquiétant du nombre de malades mentaux.

Le Ministre de la Santé publique a prévu, dans le projet, d'autres mesures, fort intéressantes aussi : en particulier, la possibilité, pour un isolé, de se présenter à un hôpital psychiatrique pour y être traité, ce qui est, actuellement, légalement impossible ; de même, la création, dans les hôpitaux psychiatriques, de services d'observation où le malade entrant est maintenu pendant deux périodes successives de quinze jours avant d'être libéré ou interné.

(*Le Siècle Médical*, 15 mars 1939).

### **Fondation d'une clinique des maladies mentales avec laboratoire de recherches à Bristol (Angleterre)**

Grâce à la générosité de Mme Burden, il se fonde près de Bristol, à Stoke Park, une clinique avec des laboratoires de recherches ayant pour objet l'étude des maladies mentales. La clinique comprend vingt lits répartis en deux salles, elle comporte une belle salle d'opérations et une très complète installation radiographique. Il est question d'en faire ultérieurement un centre de neuro-chirurgie. A côté de la clinique se trouvent trois laboratoires principaux consacrés respectivement à la bio-chimie, à l'électro-physiologie et à l'endocrinologie ; il existe en outre quatre laboratoires plus petits, un atelier, une installation photographique, une petite ménagerie, etc.

Au programme des recherches figurent l'excitabilité du cortex cérébral, l'électro-encéphalographie et le potentiel cortical dans l'épilepsie et les tumeurs cérébrales, ces travaux étant orientés surtout vers le diagnostic et le traitement chirurgical de ces affections. Des recherches seront également entreprises prochainement sur le métabolisme nerveux et l'endocrinologie dans la schizophrénie et autres états similaires. Le personnel médico-chirurgical, qui comprend plusieurs savants connus, sera sous la direction du Dr GOLLA, qui abandonne à cet effet sa chaire de pathologie mentale à l'Université de Londres.

(*La Presse Médicale*, 18 mars 1939).

## MÉDECINE LÉGALE

### Criminalité féminine et masculine

Le journal *Actualidad Medica*, de Grenade, vient de publier un très intéressant article sur la Criminalité féminine en Espagne et sa comparaison avec la criminalité masculine. Cet article est dû au professeur RAMON ALVAREZ DE TOLEDO Y VALERO, professeur de Médecine légale et de toxicologie à l'Université de Grenade.

De l'étude des statistiques, il ressort que pour une femme condamnée il y a 14 hommes condamnés, que sur 100 individualités faisant l'objet de poursuites judiciaires 91,8 étaient des hommes et 8,2 étaient des femmes. Il y a donc une énorme différence en Espagne entre la criminalité féminine et la criminalité masculine.

(*La Presse Médicale*, 8 avril 1939).

---

*Le Rédacteur en chef-Gérant : René CHARPENTIER.*

---

Imprimé par Imp. A. COUESLANT (personnel intéressé)

à Cahors (France). — 58.132

# ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

---

## MÉMOIRES ORIGINAUX

---

### LES TROUBLES MENTAUX PROLONGÉS DE L'INTOXICATION OXYCARBONÉE AIGÜE

PAR

CORNU, A. DEVIC et M. POROT

On connaît les difficultés du diagnostic de l'intoxication chronique et lente par l'oxyde de carbone : le polymorphisme, l'irrégularité, la diversité des troubles et de leur gravité rendent le diagnostic de leur étiologie particulièrement délicat.

En présence d'une source d'intoxication lente, saisonnière parfois ou intermittente, il est exceptionnel qu'un diagnostic d'oxy-carbonisme chronique soit posé d'emblée et les problèmes de médecine légale qui se posent sont parmi les plus difficiles. La méconnaissance des troubles et de leur étiologie a pu donner lieu à de graves erreurs d'interprétation et l'observation célèbre de Brouardel (1) reproduit une mémorable erreur judiciaire relative à une intoxication aiguë passagère (ivresse toxique oxy-carbonée) : une femme fut condamnée aux travaux forcés à perpétuité sous l'inculpation d'empoisonnement sur les personnes de son frère et de son mari trouvés morts dans son

(1) BROUARDEL, DESCOUT et OGIER (*Annales d'Hygiène publique et de médecine légale*, 1894, tome XXXI).

appartement, alors qu'elle se trouvait dans un état d'ébriété qui dura plusieurs jours et dont l'instruction fit une charge contre elle. La mort mystérieuse d'un locataire, survenue l'année suivante dans le même logement et les malaises ressentis à plusieurs reprises ensuite par différents occupants des lieux, permirent de conclure à l'empoisonnement par l'oxyde de carbone et de découvrir, dans le voisinage immédiat de l'immeuble, un four à chaux dont les émanations intermittentes s'étaient montrées meurtrières.

Les difficultés qui se présentent sont évidemment moindres pour le diagnostic de l'intoxication oxycarbonique aiguë : dans les cas de ce genre, la cause étiologique est le plus souvent éclatante et les séquelles brutales qui s'y rattachent trouvent rapidement leur explication causale. La difficulté réside ici dans l'appréciation médico-légale des troubles prolongés et des séquelles définitives de cette intoxication aiguë.

Dans la plupart des cas, les troubles de l'oxycarbonisme aigu se présentent comme des phénomènes aigus (céphalées, vertiges, impotence musculaire, mouvements choréiques, battements dans la tête, bourdonnements d'oreilles, troubles visuels), sans troubles intellectuels proprement dits autres qu'un état d'ébriété et tout peut se limiter à ces symptômes, souvent passagers, quand la source de l'intoxication n'accentue pas ses effets ou quand le sujet a pu s'en éloigner.

Mais parfois les troubles sont, d'emblée, brutaux, le coma survient dans un temps très court, la mort, précédée souvent d'une violente période de convulsions, peut terminer la scène ou bien des séquelles graves s'établissent, dans lesquelles les troubles psychiques dominent, accompagnés ou non de paralysies.

Nous avons eu l'occasion précisément de connaître un cas de triple intoxication oxycarbonée aiguë où la même source toxique entraîna le décès rapide d'un ouvrier, le coma sans séquelles d'un autre et troisièmement le coma avec troubles mentaux déficitaires graves chez un ingénieur. Ce cas remonte à cinq ans et son observation, suivie médicalement, constitue une relation typique des séquelles mentales prolongées graves ; elle est résumée dans l'Expertise médicale suivante :

Nous soussignés,

Docteur CORNU, médecin honoraire des Hôpitaux psychiatriques, à Chambéry,



Docteur André DEVIC, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Lyon, médecin des Hôpitaux de Lyon,

Docteur POROT, Professeur de Clinique psychiatrique à la Faculté de Médecine d'Alger, membre correspondant de la Société de Neurologie de Paris et de la Société de Médecine légale de France,

Désignés par arrêté du Conseil de Préfecture d'Alger en date du 29 juin 1938 comme Experts respectivement pour le Conseil de Préfecture d'Alger, pour l'Ingénieur X..., pour la Société L. et Cie, aux fins de concilier les parties si faire se peut et, dans la négative, procéder à l'examen de M. X. : 1° de rechercher et décrire quels ont été les troubles provoqués sur sa personne par l'intoxication dont il a été victime le 2 janvier 1934 ; 2° de rechercher et décrire rétrospectivement l'évolution de son état pathologique depuis le jour de l'accident et les diverses répercussions de cette évolution ainsi que les soins nécessités ; 3° de décrire, fixer et déterminer l'état actuel du malade, ainsi que l'invalidité dont il serait frappé, et ce, à tous points de vue sans exception ni réserve, en tenant compte, notamment, de la diminution d'activité intellectuelle pouvant gêner les acquisitions nouvelles et l'utilisation des acquisitions anciennes, de l'état psychasthénique général, des effets et conséquences sur l'énergie morale et l'état d'asthénie psychique de la longue période de maladie de X., de la perte qui en serait résultée pour celui-ci de sa situation et de l'impossibilité d'en trouver une équivalente ; 4° entendre tous témoins utiles, consulter tous documents et certificats médicaux, et fournir au Conseil tous renseignements de nature à éclairer sa religion,

Dispensés du serment, avons procédé à notre mission, examiné M. X. le 28 juillet 1938, après convocation des parties et de l'intéressé, et inopinément à C. et après nous être entourés de tous renseignements nécessaires,

Déposons ici le résumé de nos observations et les conclusions qui en découlent.

#### FAITS ET COMMÉMORATIFS

M. X., Ingénieur des Arts et Métiers, travaillait depuis quelque temps déjà avec un de ses cousins, chargé, pour le compte de l'Administration des P.T.T., d'une entreprise de pose de câbles téléphoniques.

Le 2 janvier 1934, il dirigeait une équipe chargée du nettoyage des alvéoles souterraines destinées à recevoir les câbles. Sur le trajet de ces alvéoles étaient disposées, de distance en distance, des chambres souterraines où descendaient les hommes, et le nettoyage se faisait par tractions alternées de brosses circulaires tirées d'une chambre à l'autre. Le travail avait commencé vers 6 h. 15 du matin ; X., qui dirigeait la manœuvre d'une des chambres, s'aperçut, au bout de 20 minutes, que la manœuvre de la chambre voisine était arrêtée. Ayant interpellé les ouvriers à travers l'alvéole, il ne reçut aucune réponse.

Il remonta alors sur la chaussée et se rendit à la chambre muette pour se rendre compte de ce qui s'y passait. Il y descendit ; mais ne le voyant pas remonter au bout de quelque temps, un indigène resté à l'extérieur donnait l'alerte. Les pompiers constatèrent que tous les occupants de la chambre étaient en état d'asphyxie grave ; un des ouvriers était mort ; un autre décédait peu après ; quant à l'Ingénieur X., il était transporté dans le coma à l'Hôpital Civil de M.

Le rapport d'experts techniques (MM. P., B. et L.) nommés par le Conseil de Préfecture d'Alger le 7 novembre 1936 a établi qu'une conduite de gaz était fêlée sur une longueur de plus d'un mètre, à 130 m. du lieu de l'accident et à 48 m. des blocs, et a conclu (21 décembre 1937) qu'« il est indiscutable que l'intoxication a été provoquée par le gaz d'éclairage provenant de la fuite signalée ».

Le gaz d'éclairage, filtrant à travers le sol, perd son odeur, car il abandonne dans son trajet ses carbures d'hydrogène et, d'autre part, l'oxyde de carbone est inodore. La pression des gazomètres, plus forte pendant la nuit, à cause de la fermeture d'un grand nombre de robinets en ville, devait favoriser d'autre part la fuite et le cheminement du gaz.

*Accidents médicaux immédiats.* — Nous avons pu avoir, par les archives de l'Hôpital et par les médecins qui ont soigné M. X. dans les premières semaines, des renseignements assez précis sur les accidents du début.

M. X. fut transporté, nous l'avons dit, à l'Hôpital de M., le 2 janvier 1934 ; il en sortit le 17 janvier pour être transporté à la Clinique des R. où il séjourna un mois.

A son entrée à l'Hôpital, il était sans connaissance et il resta quelques jours dans le coma. Puis il présenta une période d'excitation ébrieuse, avec grimace de la face et mouvements choréiques pendant plusieurs jours. Il était, au point de vue mental, en pleine confusion avec désorientation. Il y eut, en outre, les premiers jours, quelques troubles respiratoires et de petits mouvements fébriles.

Quinze jours après son hospitalisation, M. X. fut transféré à la Clinique des R. où il fut suivi et traité par le D<sup>r</sup> Mechiche. Ce praticien, qui du reste a fourni un certificat versé au dossier, a bien voulu nous confirmer et nous détailler l'état de M. X. pendant le mois qu'il l'a eu en traitement. M. X. était encore très confus à son arrivée à la Clinique et dans un état de stupeur assez marqué. Il présentait une asthénie physique très accentuée qui s'améliora par la suite, et on était frappé des gros troubles de l'orientation et de la mémoire.

M. X. ne savait plus lire, ni écrire, ni compter ; il était incapable de dire le nom des gens qu'il connaissait, oubliait de suite tout ce qu'on venait de lui dire ; il était incapable de discernement et de précision, ne pouvait par exemple reconnaître son soulier droit de son soulier gauche.

Une certaine amélioration se manifesta pendant ce mois ; mais

M. X. quitta la Clinique gardant encore de gros troubles de l'attention, du discernement et de la mémoire.

*Evolution des troubles.* — Après cette première phase, caractérisée par des accidents aigus organiques (coma, mouvements choréiques) et mentaux (gros état confusionnel) et un réveil permettant de découvrir de graves désordres de l'attention, de l'orientation et de la mémoire, M. X. fut conduit par sa famille à Marseille et confié au Dr Pourtal pour rééducation de ses facultés. Ce praticien, qui a suivi le blessé du 14 mars 1934 au 25 février 1935, déclare dans son certificat du 25 février 1935 « que M. X. présente à cette date une fatigabilité notable, de la propension au sommeil, de l'amnésie de fixation, la perte des notions d'histoire, de calcul, de l'impassibilité, de l'indifférence, de l'inattention » et il prévoit que M. X. « restera probablement fort au-dessous de ce qu'il a été et aurait pu être ».

Depuis lors, M. le docteur Bériel, Médecin honoraire des Hôpitaux de Lyon et Spécialiste de Neurologie, a donné ses soins à M. X., et, après plusieurs examens et une observation prolongée, il constatait une insuffisance d'attention et une fatigabilité cérébrale considérables avec amnésie très marquée et il assimilait aux connaissances d'un enfant de 12 ans celles qu'avait pu réapprendre M. X. Dans un certificat du 24 juillet 1935, il déclarait « qu'il existait un état d'asthénie psychique avec affaiblissement réel incontestable des facultés de l'esprit, probablement dû à de petites lésions diffuses hémorragiques des lobes frontaux. Cet état, susceptible de s'améliorer grâce aux excellentes conditions morales dans lesquelles se trouvait le blessé, entraînait une grosse diminution intellectuelle devant gêner notablement les acquisitions nouvelles et l'utilisation des acquisitions anciennes et entraîner l'impossibilité de retrouver une situation équivalente à celle occupée antérieurement ».

Dans un certificat du 26 juillet 1938, ce même praticien constatait, après nouvel examen, que s'il y avait amélioration au point de vue général et organique depuis 3 ans, « il n'y avait pas de progrès appréciable pour la récupération des facultés psychiques élémentaires ».

L'état, en somme, serait resté stationnaire et très déficitaire, depuis le début de l'intoxication. Nous devons cependant souligner que M. X. s'est trouvé dans les meilleures conditions de rééducation ; son père, instituteur retraité, a consacré une bonne partie de son temps à lui réapprendre à lire et à compter ; des amis lui ont donné l'occasion de s'occuper dans leurs ateliers au dessin et aux travaux manuels auxquels il était entraîné. On peut dire que le maximum d'éléments favorables de rééducation a été mis en œuvre et que, sans eux, la défaillance psychique se serait aggravée par inertie et que le déficit aurait été plus accusé encore.

M. X. a d'autre part suivi les Cours professionnels de la Bourse du Travail à Marseille. Il a subi, mais sans succès, des examens élémentaires d'agent mécanicien des Ateliers des P.T.T., de vérificateur des

installations extérieures des P.T.T., de dessinateur copiste. Il a pu être admis comme dessinateur auxiliaire des Postes à Paris, mais on a dû lui faire cesser ces fonctions (1<sup>er</sup> octobre 1937) en raison de son amnésie, de son inaptitude à un effort suivi, de son défaut d'adaptation entre la vue et l'entendement, cela malgré une bonne volonté manifeste et un désir de mieux faire, ainsi que l'analyse avec exemples à l'appui M. l'Ingénieur en Chef des Services Techniques dans sa lettre du 20 octobre 1937.

Ce sont ces mêmes lacunes que signalent des employeurs bénévoles et amicaux à C., MM. C. et P., M. G. qui atteste (20 juillet 1938) que le travail le plus élémentaire (remettre des écrous, par exemple) ne pouvait être confié à M. X. sans vérification minutieuse, qu'il cherche pendant 20 minutes la façon de se servir d'un outil pourtant familier, qu'il n'a aucune initiative, que de longues observations, toujours renouvelées, sont nécessaires avant l'exécution d'un travail qui n'est ensuite jamais accompli correctement, qu'il ne fait preuve d'aucun esprit d'observation, qu'il écrit mal, dessine sans précision et en un mot qu'il est absolument incapable de remplir un emploi. M. G. nous a affirmé que le déficit allait progressant depuis 3 mois chez son ami avec qui il a fait ses études pendant 20 ans.

Tels sont les renseignements que notre enquête et divers contrôles nous ont permis de recueillir sur l'état mental de M. X.

L'examen direct auquel nous avons procédé n'a fait que confirmer ces données.

#### ETAT ACTUEL

Rien à signaler de particulier dans les antécédents de M. X., âgé actuellement de 32 ans. Il est né de parents bien portants, instituteurs retraités, sains d'esprit. Il a un frère qui a été admissible à l'Ecole Polytechnique.

Il n'a jamais eu de maladie sérieuse pendant son enfance.

A aucun moment de ses études, on n'a remarqué chez X. de signes d'insuffisance mentale ou de débilité psychique constitutionnelles ayant pu entraîner de retard scolaire.

Il a pu entrer à l'Ecole Nationale d'Arts et Métiers de Cluny, en est sorti 32<sup>e</sup> sur 98 élèves. Après un service militaire régulier, il a fait ensuite plusieurs stages dans des usines près de Paris. Il était venu depuis quelques mois à Alger travailler avec un de ses cousins qui exploitait une entreprise de canalisations souterraines pour l'Administration des P.T.T.

Il était sobre, jouissait d'une bonne santé habituelle.

L'examen physique n'a révélé chez lui aucune tare physique, aucune maladie organique en évolution.

Notre attention a porté spécialement sur l'état organique de son système nerveux. Tous les réflexes sont normaux. Il n'y a pas de tremblement, pas de mouvements involontaires, pas de troubles de la

coordination. Ni avant, ni après l'accident, il n'y a jamais eu de crise nerveuse, d'allure convulsive.

Son inattention a fait songer à certains de ses employeurs qu'il pouvait y avoir des troubles de la vision. En réalité, il n'y a pas de vrai trouble visuel, ni d'altération du fond d'œil ou du champ visuel.

Toutes les séquelles sont de l'ordre mental.

*Etat psychique.* — L'apparence et le comportement, au moment de l'examen, sont, à première vue, normaux. X. se présente avec une tenue et un maintien corrects, sans négligence. La physionomie est calme et ne trahit aucune hébétude, ni aucune mimique discordante.

Il s'est prêté à l'interrogatoire avec bonne volonté, sans manifester ni impatience, ni émotivité. Il est resté calme, et même plutôt indifférent, ne manifestant aucune curiosité à propos de l'examen qu'il subit et de ses conséquences.

Il paraît subir les événements avec une passivité bien proche de l'indifférence.

Son pouvoir d'attention est conservé dans une certaine mesure, en ce sens qu'il paraît percevoir et comprendre les questions qu'on lui pose, et quand elles sont simples et élémentaires, il y répond assez vite et de façon exacte et pertinente.

Mais si la conversation s'engage de façon plus détaillée ou sur des notions plus complexes, supposant un appel à la réflexion et à la mémoire, on s'aperçoit bien vite que les facultés intellectuelles sont assez bornées, spécialement en ce qui concerne la direction et le courant des idées, l'initiative et la spontanéité, et surtout les ressources de la mémoire. Derrière une façade de correction apparente, on découvre vite un appauvrissement intellectuel assez marqué.

Trois phénomènes surtout nous paraissent devoir être soulignés ici : 1° l'apathie et l'incuriosité ; 2° les gros troubles de la mémoire ; 3° la pauvreté du jugement.

1° *L'apathie et l'incuriosité*, masquées à première vue par la correction de la tenue et la bonne volonté, sont en réalité trahies par l'indifférence profonde dans laquelle se trouve M. X. vis-à-vis de sa situation actuelle, par une absence totale d'initiative et de spontanéité dans la vie courante. C'est un être passif, indifférent, qui a gardé de sa vie antérieure (avant l'accident), grâce surtout aux efforts et aux sollicitudes d'un entourage attentif, un certain nombre d'automatismes réflexes qui lui permettent encore de faire figure et de mener une vie en apparence correcte. Mais il ne s'intéresse à rien, ne cherche ni à lire, ni à jouer, ni à s'occuper en quelque manière. S'il n'était pas encadré et guidé comme il l'est dans la vie de tous les jours, s'il était livré à lui-même, il s'abandonnerait vite et tomberait rapidement, par insouciance et indifférence, dans la négligence et le désordre.

2° *Les troubles de la mémoire* sont une des plus grosses séquelles de l'accident. Il y a d'abord un oubli total de l'accident et de ses circonstances, et de toute la phase aiguë, confusionnelle qui l'a suivi



pendant quelques semaines. Cette amnésie, dite *lacunaire*, est de règle dans tous les désordres aigus qui troublent momentanément l'esprit (commotion traumatique, intoxication, délires infectieux, etc...). Mais chez M. X., l'atteinte de la mémoire est beaucoup plus accusée en étendue et en profondeur et frappe le passé et le présent. Il y a en plus de l'amnésie lacunaire, amnésie *rétrograde* ou d'*évocation*) et amnésie *antérograde* (ou de *fixation*)...

Il a oublié beaucoup de choses de son passé, ignore les dates importantes de sa vie, les titres scientifiques qu'il a obtenus. Quelques-unes de ses notions didactiques sont conservées ; il peut encore compter, évaluer la monnaie qu'on lui présente. Les épreuves de calcul auxquelles nous l'avons soumis montrent qu'il est encore capable de faire quelques opérations d'arithmétique, si elles lui sont soumises correctement. Mais si on en perturbe l'ordonnance, il ne se rend pas compte des anomalies et il poursuit l'opération sans se rendre compte de son impossibilité.

C'est surtout la mémoire de fixation qui paraît atteinte. Tout ce qui se déroule dans sa vie journalière et présente ne s'inscrit pas dans le souvenir. Il a été incapable de nous fournir l'horaire de son voyage de C. à Lyon, de nous dire ce qu'il avait mangé deux heures auparavant à son déjeuner, de relater les faits du jour ou de la politique dont il entend parler ou qu'il trouve sur le journal.

L'impossibilité d'enregistrer dans sa mémoire des phénomènes présents tient à un fléchissement grave de cette faculté et aussi pour une part à la grande diminution du pouvoir d'attention, à l'apathie et à l'incuriosité signalées plus haut.

Il en résulte pour la vie pratique une gêne considérable et cela nous explique certaines particularités relatées par son père et par les personnes qui s'intéressent à lui. Il ne peut retenir la place des objets dont il se sert tous les jours : il ne saura pas mettre un pull-over ou un support-chaussettes qui ne soit pas semblable à celui dont il a l'habitude ; il ignore ce qu'il vient de dépenser dans un achat récent, relit le journal sans se douter qu'il en a déjà pris connaissance ; à tout propos il demande des explications élémentaires ; il a grand'peine à remonter un pneu à sa bicyclette, oublie les rendez-vous. On lui a conseillé l'usage d'un carnet aide-mémoire ; il s'y reporte, mais il doit faire effort pour contrôler et utiliser ce qu'il a noté, pour rapprocher les dates, etc... L'examen que nous avons pu faire de ce carnet montre qu'il contient des indications d'un caractère bien élémentaire qu'il n'utilise encore qu'à grand'peine.

3° On conçoit qu'avec un si faible pouvoir d'attention et une mémoire aussi défaillante, le *jugement* soit profondément atteint. Le jugement et son corollaire le sens critique, qui utilisent les expériences antérieures, qui rapprochent les idées ou les faits pour en tirer des conclusions, sont pratiquement inexistantes chez un sujet aussi démuné d'initiative et de curiosité, aussi appauvri du côté de la mémoire. Nous n'en donnerons qu'une preuve assez caractéristique. Au

cours des tests de calcul, nous avons proposé une soustraction dont le chiffre inférieur (à soustraire) était supérieur au chiffre supérieur. X. ne s'est pas rendu compte de cette anomalie et il a poursuivi jusqu'au bout l'opération impossible, sans remarquer ladite anomalie. Sa vie journalière est pleine de ces défaillances et de ces conséquences tenant à l'affaiblissement du jugement.

Nous terminerons cette étude de l'état mental en ajoutant que, dans le domaine affectif, la même apathie se manifeste. Les sentiments sont bien émoussés et ce sujet témoigne d'une indifférence profonde pour les siens.

Il convient de souligner cette passivité que nous avons déjà signalée. X. ne paraît pas avoir la notion de sa déchéance, ni en souffrir ; il ne fait pas de projet d'avenir, ne traduit aucun désir, ni aucune espérance dans une amélioration.

Ce fléchissement affectif et intellectuel le rend incapable de supercherie, de calcul utilitaire dans l'exploitation de ses infirmités mentales et nous avons pu écarter toute idée de surcharge pithiatique ou intéressée.

Il n'y a pas non plus de tendance paranoïaque dans le sens de la revendication.

Le caractère n'a pas subi de modification en dehors de cette évolution vers l'atonie et l'apathie.

Il n'existe aucune idée délirante, aucun trouble sensoriel ou hallucinatoire.

#### DISCUSSION

Quatre points nous semblent devoir retenir l'attention dans le cas de M. X.

1° *Il y a un déficit mental important.* — Ce déficit se caractérise, comme nous l'avons vu, par une atonie, une inertie psychique considérables qui ne font que se confirmer d'année en année.

Dans l'ordre intellectuel ce fléchissement se marque par la perte de toute initiative et de toute spontanéité, par la diminution du pouvoir d'attention et surtout par de gros troubles de la mémoire portant à la fois sur le passé, sur les acquisitions antérieures, et plus encore sur la fixation des faits présents. D'où résulte l'impossibilité du pouvoir de réflexion et de concentration d'esprit, le fléchissement du jugement et la gêne considérable pour la vie pratique de tous les jours.

Dans l'ordre affectif, il y a une indifférence et une apathie totales. Il convient de souligner ici que la carence mentale porte surtout sur ces facultés supérieures d'initiative, de mémoire, de jugement, de critique qui sont les caractéristiques les plus spécifiques de la personnalité humaine et les plus indispensables à l'activité sociale.

On doit aussi rappeler que ce fléchissement grave est masqué par une correction de tenue et de langage qui, à un examen superficiel, pourrait faire croire que la déchéance n'est pas aussi profonde

qu'elle l'est en réalité. Mais M. X. a été frappé à un âge où sont déjà constitués un certain nombre d'automatismes réflexes et d'habitudes qui peuvent survivre et maintenir à la personnalité une façade apparente.

D'autre part, il vit sous la tutelle d'une famille attentive, qui a fait preuve d'une sollicitude méritoire pour la sauvegarde de ces automatismes journaliers et pour le retour, par une rééducation appropriée, de ce qui pouvait être récupéré d'intelligence et d'activité professionnelle. Sans cette intervention bienfaisante, la déchéance eût été plus précoce et plus profonde.

2° *Ce déficit mental est bien la conséquence de l'intoxication subie.* — La filiation des accidents est trop nette pour que cette conclusion ne s'impose pas.

Nous retrouvons un enchaînement et une succession des symptômes bien caractéristiques : coma, puis excitation ébrieuse, suivie d'une phase d'accidents organiques : mouvements choréiques passagers ; dans l'ordre mental, confusion et désorientation extrêmes, découvrant, dès le réveil, une asthénie psychique et une amnésie profonde dont les troubles actuels ne sont que des séquelles directes.

On est bien renseigné aujourd'hui sur les accidents cérébraux et les séquelles neuro-psychiques de l'intoxication oxycarbonée qui agit électivement sur le système nerveux.

Il se produit des lésions diffuses, des lésions cellulaires et des hémorragies fines et interstitielles qui peuvent parfois créer des lésions en foyer avec gros symptômes neurologiques, mais qui laissent plus souvent des altérations diffuses et discrètes, suffisantes pour créer une symptomatologie générale de déficit.

La littérature médicale possède à ce sujet une documentation que nous ne rappellerons pas ici. Des catastrophes comme celles de Courrières, de Mulheim, par exemple, ont permis des études en série de cette symptomatologie toxique. De nombreux cas individuels ont été étudiés et fixés avec toute la rigueur désirable dans des Revues spéciales de Neurologie ou de Médecine légale.

Ce qu'il convient d'en retenir, c'est que l'asthénie psychique, les troubles de la mémoire sont, dans l'ordre mental, les manifestations les plus fréquentes ; les troubles de la mémoire en particulier sont signalés dans plus des 3/4 des cas.

Enfin, insistons sur le fait qu'il n'y a lieu d'invoquer ici aucune prédisposition ou tare antérieure.

3° *Quel est l'avenir mental de M. X. ?* — Nous n'hésitons pas à affirmer que la situation ne s'améliorera pas. L'accident causal remonte déjà à plus de quatre ans. Tout ce qui était récupérable a été retrouvé par les efforts prolongés de rééducation auxquels il a été soumis.

Il n'y a plus aucun progrès ; il y a même, au dire de certains témoins dignes de foi, régression depuis quelques mois. Une intelligence jeune qui ne s'entretient pas par l'activité et l'entraînement

régulier s'engourdit et tend à régresser ; à plus forte raison quand il y a, sous-jacentes à cette inertie et la commandant, des lésions organiques définitives et irréversibles.

M. X. est maintenu, pourrions-nous dire, à la surface de la vie sociale journalière, par son entourage immédiat et sa famille qui veillent à ses besoins et à la correction de sa tenue. Mais, lorsque cette tutelle viendra à lui manquer, il est à craindre que, sans guide et sans appui, son apathie ne l'entraîne dans la négligence et l'inadaptation totales ; ce sera une épave à la dérive et à la charge de la société.

Souvent même, de tels états évoluent vers la désagrégation psychique et vers une démence plus profonde.

4° *Comment estimer le dommage subi ?* — Qu'était ce jeune ingénieur au moment de son accident ? Que pouvait-il espérer comme avenir ? Que lui reste-t-il comme possibilités actuelles ?

Voilà les termes qui doivent fixer notre estimation.

Il semblait parti pour une carrière normale, celle à laquelle peuvent prétendre les ingénieurs des Arts et Métiers. Sans savoir s'il était particulièrement doué, nous pouvons dire qu'il n'était pas en dessous de sa condition et des espérances qu'il pouvait entrevoir et que jusqu'à son accident rien n'avait trahi une infériorité quelconque par rapport à ses camarades.

Que peut-il faire aujourd'hui ? La carrière d'ingénieur lui est définitivement fermée. Tout ce qui exige un minimum d'initiative, de mémoire, de réflexion lui est interdit. On a pu se rendre compte, par les essais tentés, que toute carrière technique et mécanique lui est impossible.

Son niveau intellectuel aujourd'hui n'est pas supérieur à celui d'un enfant de 12 ans, avec une mémoire particulièrement faible.

Un travail de surveillance, de pointage est peu compatible avec la faiblesse de son attention.

Il a gardé sa force physique et peut, tout au plus, dans une chaîne de manœuvres, représenter une unité, à condition que son travail soit automatique et surveillé et n'exige aucune initiative.

C'est incontestablement pour lui une très grande déchéance sociale et nous pensons que ses possibilités actuelles représentent le quart de ses possibilités antérieures. Une incapacité permanente de 75 % nous paraît le résultat de l'accident, dans ce cas particulier.

## CONCLUSIONS

1° L'intoxication oxycarbonée dont M. X. a été victime le 2 janvier 1934 a provoqué : 1) des accidents immédiats graves au point de vue neurologique (coma, suivi d'excitation psychomotrice avec mouvements choréiques, confusion mentale et désorientation) ; 2) des séquelles de déficit mental important caractérisé par l'asthénie psychique avec perte de l'initiative, gros troubles de la mémoire, de l'attention et du jugement.

2° Malgré des efforts patients et prolongés de rééducation, ces troubles déficitaires peuvent être considérés comme définitifs et stabilisés depuis 2 ou 3 ans.

3° Ils mettent M. X. dans l'impossibilité d'occuper une situation équivalente à celle qu'il avait ou pouvait espérer en raison de la perte des acquisitions didactiques et professionnelles anciennes et de l'impossibilité d'en acquérir de nouvelles.

L'activité sociale utile se trouve très réduite chez lui, en raison de la faiblesse de l'attention, de la maladresse, des lenteurs, des oublis constants ; à peine est-il capable d'un travail mécanique, automatique et monotone, sans initiative.

4° Nous estimons à 75% l'incapacité permanente résultant de cet état.

La cause de l'intoxication constatée ici fut des plus sournoises et partant des plus dangereuses. La source du gaz toxique due à une rupture de canalisation de gaz siégeait à 130 mètres du lieu de l'accident et à 48 mètres des blocs où le gaz avait filtré à travers le sol : sa tendance à s'évacuer à l'air libre avait dû se trouver barrée par un sol durci et par l'imperméabilité relative des trottoirs ou de la chaussée bitumée. Sa force de filtration avait dû, d'autre part, se trouver accrue pendant la nuit du fait de la fermeture des robinets et de la diminution de la consommation ménagère. Un intérêt pratique découle de ces données : éloignement de la source et modalité étiologique pouvant se réaliser dans des casemates ou dans des abris souterrains bombardés.

Les manifestations mentales les plus habituelles sont : un état ébrieux, initial, des états confusionnels plus ou moins prolongés avec des formes délirante, fabulante ou stupide et aussi avec un syndrome de Gausser qui peut faire suspecter la simulation. Enfin, associée à cet état et pouvant lui survivre, « une amnésie *lacunaire* couvrant la période troublée, mais souvent *rétrograde*, faisant oublier à la victime les circonstances de l'accident et rendant difficile son témoignage et surtout *entérograde* étroitement subordonnée à la difficulté de l'attention et de la fixation et rendant pénible la réadaptation à la vie normale » (1).

L'amnésie est, en effet, presque la règle dans l'intoxication oxycarbonée aiguë. Dans une étude sur les troubles nerveux consécutifs à cette intoxication, MM. Cot et Guillaume (2) signa-

(1) POROT et SANTUCCI. — *Sud médical*, 15 avril 1930.

(2) COT et GUILLAUME. — *Gazette Hôpitaux*, 3 avril 1934.



lent, sur 119 cas observés, 28 cas de séquelles neuro-psychiques dont 20 cas ont consisté en troubles de la mémoire isolés et 7 cas de parésie ou paralysie.

Dans la grande majorité des cas, les troubles s'amendent et, à ce titre encore, l'observation qu'il nous a été donné de suivre constitue un cas typique chez un sujet jeune et sain. Les observations de troubles prolongés et de séquelle démentielle sont relativement peu fréquents et, le plus souvent, ils ont été observés chez des sujets dont l'état mental antérieur a nettement prédisposé à cette évolution : débilité, âge, artério-sclérose cérébrale, alcoolisme, syphilis ou état de mélancolie, raison première d'une tentative de suicide par exemple (Gély-Merlin, Porot) et, dans ces cas, les signes démentiels n'apparaissent pas, en général, de façon immédiate ou comme premier phénomène.

L'amnésie peut sembler être un symptôme isolé, mais c'est la confusion mentale qui est l'expression clinique essentielle comme dans les cas d'insolation ou de commotion cérébrale et son explication pathogénique doit être cherchée, non dans un phénomène chimique apparemment fugace d'anoxhémie par surcharge oxycarbonée des globules, mais dans une atteinte spécifique directe réelle du système nerveux (hémorragies interstitielles, microscopiques et diffuses).

Dans l'observation ci-dessus, les troubles évoluent depuis 5 ans avec tendance à l'aggravation ; l'obnubilation de la conscience, le ralentissement des processus psychiques, l'adynamie psychique, l'aboulie, coexistent avec l'amnésie, la conditionnent et réalisent un véritable état crépusculaire.

#### BIBLIOGRAPHIE

- MERLIN Gaby. — *Thèse*, Lyon, 1936.  
 WEIGERT. — *Thèse*, Lyon, 1934.  
 MAZEL. — *Annales méd. légales*, mars 1936.  
 COURTOIS en ANDRÉ. — *Société médico-psych.*, 14 décembre 1933.  
 COURTOIS, ANDRÉ et TRELLES. — *Annales méd. psych.*, février 1933.  
 BAONVILLE, LEY, TITECA. — *Annales méd. psych.*, mars 1936.  
 HULBERT Harold. — *Ann. méd. psych.*, 1921.  
 LOOY Van. — *Journal belge de neurologie*, mai 1934.  
 VERNEYLEN. — *Ann. méd. psych.*, 1933 et 1934.  
 DESOILLE. — *Thèse*, Paris, 1932.  
 HEUYER et DUBLINEAU. — *Société méd. psych.*, 13 juillet 1933.  
 CHEVANY, DAVID, DREYFUS. — *Revue neurol.*, mars 1931.  
 STIERLIN. — *Annales méd. légale*, 1912. n° 1.  
 ROGER et CRÉMIEUX. — *Ann. méd. psych.*, novembre 1929.  
 POROT et SANTUCCI. — *Sud médical et chirurgical*, 15 avril 1930.

# GENÈSE DU TRAITEMENT DE LA SCHIZOPHRÉNIE PAR LE CARDIAZOL

PAR

LADISLAUS VON MEDUNA

« Hubent sua fata libelli. »  
*Terentius Maurus « De litteris ».*

L'énorme développement que la thérapeutique par le cardiazol a connu au cours de ces quatre dernières années, et le nombre des résultats publiés sur son compte, nous permettent de supposer qu'ici ou là, quelque psychiatre s'intéresse à la genèse de cette méthode, et aux détails, même, de sa mise au jour. Nous voudrions ainsi esquisser le chemin parcouru et présenter quelques réflexions personnelles. Quand nous nous prenons à considérer le temps de nos débuts en la matière, un peu éloigné déjà ! nous avons l'impression nette que c'est notre propre effort de réflexion qui nous a donné le courage de chercher une thérapeutique de la schizophrénie.

Nous pensons que tous les spécialistes ont encore en mémoire leur effroyable apathie d'il y a quelques années, pour ne pas dire indifférence, devant les malades de leurs asiles. Les plus zélés d'entre eux s'occupaient à des recherches sérologiques, biologiques ou anatomo-pathologiques ; mais le but profond de ces préoccupations n'était-il pas beaucoup plus, en général, de calmer leur conscience ? Nous avons nous-même vécu cette époque pour ainsi dire désespérée et nous nous rappelons notre angoisse chaque fois qu'on nous amenait un schizophrénique : fallait-il

(1) Travail du Centre national pour le traitement des affections neurologiques et psychiatriques de Budapest, à Angyalföld. Directeur : Professeur Julius Nyirő.

parler aux parents de possibilités thérapeutiques ou non ? Il n'y a rien d'étonnant à ce que pendant ces temps héroïques on nous ait appelés, nous psychiatres, des « garde-chiourmes diplômés ». Ne voulait-on pas dire ainsi que nous étions parfaitement incapables d'aider nos malades, sinon en prenant soin d'eux et en les empêchant de se nuire à eux-mêmes comme à autrui ? Vers cette époque (1924), j'entrai à l'Institut Interacadémique de Recherches sur les maladies du cerveau, à Budapest. Le professeur Karl Schaffer en était alors le directeur. A ce moment-là, comme d'ailleurs au cours des années suivantes, tout l'effort des recherches poursuivies à cet Institut avait trait aux maladies héréditaires ; — le P<sup>r</sup> Schaffer s'est d'ailleurs acquis, dans ce domaine, une notoriété bien méritée. Comme jeune collaborateur, le matériel héredo-biologique précieux ne m'était pas accessible, mais je suivis avec un intérêt profond les recherches de mon maître. Je m'occupai de préférence des modifications que subit le système nerveux après les empoisonnements (sur l'animal). Mon attention se portait plus particulièrement sur le système névroglique dans diverses affections (B-avitaminose expérimentale, saturnisme, intoxication par le camphre, etc...). Grâce à la méthode de Del Rio Hortega, les altérations morphologiques de la microglie étaient accessibles aux expérimentations ; je choisis aussi ce genre de recherches pour voir comment cet organe se comportait au cours de divers états pathologiques. Je pouvais déjà alors me servir des préparations névrogliques que Schaffer avait préparées avec des cerveaux d'épileptiques. C'était là pour moi un constant objet d'étonnement, et je n'oublierai jamais ces écorces cérébrales qui font souvent saillie de l'épaisse écorce névroglique de la préparation névroglique de Weigert, comme si elles étaient enveloppées de coton. De ce temps-là aussi date l'intérêt particulier que l'Ecole de Schaffer prêta, grâce surtout aux travaux de Miskolczy et Horányi-Hechst, à la schizophrénie. Dès ce moment je fus frappé par l'antagonisme particulier que l'on trouve dans le système névroglique des schizophréniques et celui des épileptiques : surproduction névroglique, hypertrophie, et hyperplasie dans l'épilepsie — comportement véritablement passif dans la schizophrénie. Je me pénétrai bien de ces choses, sans toutefois en tirer la moindre conclusion. C'est plus tard seulement, lorsque la publication généralement connue aujourd'hui de Nyirö et Jablonszky (1929) et surtout celle de Müller (1930) me parvinrent, que l'idée d'un antagonisme biologique prit réellement consistance, — cette idée est en somme le point de départ de la thérapeutique par les convulsions. Il est indubitable que si

je n'ai pas tout de suite répudié cette idée pourtant téméraire, c'est que j'avais passé plusieurs années à l'Institut Histopathologique ci-dessus et que j'y avais acquis des connaissances précises sur l'état de la névrologie dans l'épilepsie et la schizophrénie. Une fois la notion d'antagonisme biologique établie, je me mis en quête, évidemment, d'une documentation bibliographique qui puisse renforcer l'impression première. C'est ainsi que je trouvais l'article de Glaus (Suisse, 1931), puis celui de Steiner et Strausz (Allemagne, 1932), qui parurent confirmer mon hypothèse de travail. Je me rends d'ailleurs bien compte que cette idée d'un antagonisme biologique a été bien des fois mal interprétée et combattue. Je crois même pouvoir dire que, des nombreux auteurs qui ont rapporté sur la thérapeutique par les convulsions, il en est à peine un qui y souscrive. Il est difficile d'ailleurs d'accepter une proposition de ce genre, lorsque l'on songe à des rapports comme ceux qui existent entre l'antigène et l'anticorps. Moi-même je n'ai jamais songé à une analogie de ce genre... Ce que j'éprouvais le besoin de préciser, c'était que les deux affections, l'épilepsie et la schizophrénie, pour une raison quelconque, n'allaient pas de pair. Lorsque l'une des deux affections entre en jeu, l'autre disparaît ou s'atténue beaucoup. La réalité de cette façon de voir résulte clairement des faits observés ces derniers temps au cours de recherches faites sur la tuberculose. N'a-t-on pas remarqué, en effet, que chez les malades inoculés d'une tuberculose cutanée, la tuberculose pulmonaire restait stationnaire ou même guérissait de façon surprenante ? En somme, le principe de la méthode est basé sur la notion, généralement admise, de la très rare coexistence, chez le même individu, d'une tuberculose cutanée et d'une tuberculose pulmonaire. Le résultat thérapeutique implique évidemment que, entre les deux processus, il y ait un antagonisme biologique quelconque. Ne connaissons-nous pas d'ailleurs d'autres antinomies physiologiques, apparentes aussi bien que réelles, dont le processus peut être employé avec succès au point de vue thérapeutique ?...

Lorsque je rapportai, en 1935, les vingt-cinq premiers cas traités, je n'avais encore utilisé que le camphre. Mais l'huile camphrée n'est pas un moyen aussi souverain, pour déclencher des crampes, que le cardiazol. Ainsi, la quantité d'huile camphrée utilisée, le nombre des crampes déclenchées, et finalement le chiffre des rémissions obtenues chez les divers malades, démontrent qu'entre un organisme schizophrénique et un organisme épileptique, il y a bien réellement un antagonisme. Ainsi,

pour les dix premiers cas guéris, le poids total d'individus atteignait 558 kg., le nombre des injections pratiquées 128, la quantité de camphre administrée 400 gr., et le total des convulsions 62. Chez les dix premiers cas non guéris on avait obtenu ces chiffres : poids total, 589 kg., nombre des injections, 229, quantité de camphre utilisée, 1.293 gr., nombre des convulsions, 25.

Si l'on met en parallèle ces deux groupes de malades, on voit que, chez les guéris, sur une moyenne de 55 kg. d'individu, 70 gr. de camphre, déclenchaient 6 convulsions, alors que chez les non guéris, sur 58 kg. 1/2 d'individu, 129 gr. de camphre n'amenaient en moyenne que deux accès de convulsions. Mais, à ce moment de mes investigations, j'avais encore quelque incertitude sur ce point : le camphre utilisé chez les malades ayant fait des crises épileptiques était-il bien ce qui avait opéré sur l'organisme schizophrénique ? Voilà pourquoi je formulai mes conclusions en ces termes : « Ce serait la prédisposition aux crampes, ou la tolérance au camphre, des schizophréniques, qui établirait véritablement la subdivision en les deux groupes envisagés. Pour le moment, je ne veux pas dire, par là, que l'action thérapeutique des accès épileptiques déclenchés ainsi dans les dix cas de guérison soit la cause précise de la dite guérison. N'est-il pas possible qu'une partie des malades, à côté d'une tendance particulière à la guérison, ait précisément aussi une tendance aux convulsions, et se sépare ainsi de l'autre groupe ? Peut-être, dans mes travaux, les deux manifestations ne sont-elles que corrélatives et la disposition aux convulsions n'est-elle que l'indication d'une tendance à la guérison ? L'aptitude à guérir et la prédisposition aux crampes seraient en définitive des manifestations causales ou corrélatives. Dans la première hypothèse, nous trouverions l'indication de nouvelles possibilités thérapeutiques, dans l'autre il serait possible de faire état en somme expérimentalement de l'antagonisme biologique particulier ci-dessus mentionné. »

Un peu pour des raisons techniques, la difficulté du maniement du camphre, un peu aussi à cause de l'incertitude dans laquelle je me trouvais, de voir des crises se mettre en œuvre, j'eus l'idée d'essayer, sur l'animal, des médicaments plus énergiques et plus faciles à manier : strychnine, thébaïne, pilocarpine. Les résultats furent assez piteux. C'est alors que le Docteur Ludwig Angyal, privat-docent de l'Université de Budapest, si je me le rappelle bien, qui connaissait mes recherches et auquel j'avais exposé les grandes difficultés techniques de la thérapeutique par le camphre, me conseilla le cardiazol. Or,



cette préparation se montra tout de suite si excellente que, depuis ce temps-là, je n'en ai jamais employé d'autres. Lorsque mes travaux furent numériquement suffisants, et en général satisfaisants, je les publiai en un volume qui, pour des raisons d'impression et de librairie, porte la date de 1937, encore qu'ayant paru fin 1936. Je rapportai là 110 cas traités, dont 54 étaient arrivés à rémission complète. Les résultats étaient surtout excellents chez les malades dont l'affection ne remontait pas à plus de 6 mois. Ici, les rémissions atteignaient 33 malades sur 36. La méthode ne connut d'abord pas grand écho. Au milieu de 1936, deux seules contre-épreuves étaient publiées. L'une d'elles émanait de A. Wahlmann (*Psychiatr. neurolog. Wschr.*, 1936, n° 7, p. 78 et 79) en Allemagne, et la seconde de Angyal, et Gyárfás, en Hongrie. Ces trois auteurs n'obtinrent pas des résultats aussi encourageants que les miens ; mais ils étaient tous d'avis que la nouvelle méthode était utilisable et que ses résultats dépassaient le nombre des rémissions spontanées jusque-là enregistrées.

A cette même époque, on commençait à traiter la schizophrénie par l'insuline. L'existence et le développement de deux procédés aussi divers et les particularités techniques de chacun d'eux auraient pu frapper davantage les spécialistes. Mais la difficulté du traitement par l'insuline, son prix de revient élevé, et surtout le fait qu'il est impossible de l'apprendre par simples lectures de journaux ou de traités, contribuèrent pour une large part au fait que les psychiatres personnellement avides de thérapeutique et qui, pour une raison quelconque n'avaient pas l'occasion de se familiariser avec la technique par l'insuline, se portèrent vers notre méthode au cardiazol. Les choses en étaient là lorsqu'un événement inoubliable aux fastes de la psychiatrie, se produisit : le Congrès de Münsingen, en mai 1937, pour lequel, d'ailleurs, les congressistes ont contracté une dette de reconnaissance envers la Société suisse de psychiatrie, et le Dr M. Müller. A ces assises, qui commençaient incontestablement sous le signe de la méthode par l'insuline, je ne pus me référer moi-même qu'à mes propres résultats et à ceux de Angyal et Gyárfás ; je ne savais pas que d'autres médecins s'étaient mis à ma façon de faire. Néanmoins, j'attirai l'attention sur la diversité originelle des deux thérapeutiques par l'insuline et par le cardiazol, et je fis ressortir qu'elles peuvent se compléter l'une l'autre, puisqu'il y a des cas — moi-même j'en avais une dizaine — dans lesquels l'un des deux procédés ne donne rien, alors que l'autre amène la guérison. Or, à Mün-

singen, des 60 rapports individuels, 9 avaient trait à la cure par le cardiazol. Parmi eux il y a lieu de citer avant tout celui de O. Briner (Waldau, Berne, Suisse), dont les succès sont remarquables. Mais il y eut encore deux communications remarquées, de L. Bini (de Rome) et F. Georgi (d'Yverdon, Suisse). Bini attira l'attention sur ce point que dans les deux traitements l'action amorcée est peut-être en relation avec une « modification rapide plus ou moins persistante du système nerveux au cours d'une perte de connaissance », et que là peut-être est la clef de l'énigme. Cet auteur parla en outre des crises épileptiques qu'il a pu déclencher chez des chiens, au moyen du courant électrique. A ma connaissance, cette méthode de l'électrochoc, introduite par les Italiens, était encore à ce moment-là à sa période d'élaboration. Mais, depuis, elle a pu être expérimentée chez l'homme. Malheureusement, je n'en ai trouvé aucune trace dans la bibliographie.

Plus significatives étaient par contre, les conclusions de F. Georgi. Cet auteur décrit d'abord la méthode qui lui est propre, et qu'il appelle la « sommation ». Cela consiste, au cours de la deuxième heure après l'installation d'un coma insulinique, de déclencher, au moyen du cardiazol, des crises épileptiques. Cette « sommation » constitue la deuxième combinaison des thérapeutiques par l'insuline et par le cardiazol. La première, qui peut être appelée la méthode « croisée » (« Kreuzen ») est celle que j'ai proposée tout d'abord, et qui consiste à passer, après échec à l'insuline, au cardiazol, ou après échec au cardiazol à l'insuline. A ma connaissance, Braunmühl et Küppers en ont proposé une troisième, toujours pour la schizophrénie. Dans les milieux spécialisés on l'appelle la « thérapeutique alternée », d'après Küppers lui-même. Le principe de la méthode consiste à introduire entre des jours à l'insuline des jours au cardiazol seul. Au dit Congrès de Münzingen, F. Humbert et A. Friedmann, Bellelay (Suisse), contèrent comment ils avaient modifié ma technique originale et je dois dire que je suis venu moi-même à leur façon de faire, qui est appelée, dans la bibliographie allemande, la méthode des injections subséquentes (« Nachspritzen »). Le changement est là que, lorsque la dose de cardiazol n'a rien déclenché, au bout d'une minute et demie, on donne une seconde injection de cardiazol comportant 10 cgr. de plus que la première. Ainsi, si 0 gr. 50 de cardiazol n'ont mis en œuvre, au bout d'une minute et demie, aucun accès, on réinjecte 0 gr. 60. Nous devons grande reconnaissance à ces deux auteurs ; depuis que nous nous sommes

mis à faire comme eux, nous pouvons carrément dire que le cardiazol n'a jamais manqué de déclencher des convulsions ; pratiquement dans chaque cure et chez chaque malade il nous a été possible ainsi d'arriver à nos fins.

Depuis le milieu de 1937, la méthode au cardiazol s'est progressivement développée, et le nombre des publications dans les journaux psychiatriques — comme le nombre des malades traités d'ailleurs — est devenu si grand que l'on ne peut plus totaliser. En juin de ladite année, l'association des psychiatres américains se réunit en Congrès à San Francisco. Là, Friedmann (Greenwich Conn. U.S.A.) et moi-même nous rapportâmes sur 3.000 cas traités et pris dans la littérature du monde entier. Les conclusions de la statistique internationale et de tout ce qui a été publié peuvent être ainsi conçues :

1) Dans les schizophrénies aiguës et subaiguës (affections d'autant de moins d'un an et demi), on a obtenu 52 % de rémissions totales. Cela concorde aussi avec les observations des auteurs ayant établi, dans ce groupe, une subdivision pour les cas aigus ou récents, — dont le mal remontait à moins de 6 mois — et qui ont obtenu 60 % de rémissions. A part ce 52 % et ce 60 % de rémissions totales, il faut noter encore 20 % d'améliorations considérables, apparaissant quelquefois après le traitement.

2) Les cas envisagés dans la statistique ont trait à tous les types connus de schizophrénie. Dans la plupart des rapports, aucune subdivision n'a été établie. Quelques auteurs ont bien fait quelques remarques sur la plus ou moins grande aptitude de telle ou telle variété à réagir au cardiazol ou à l'insuline. Mais il y a encore trop de contradictions pour que l'on puisse préciser...

3) Pour ce qui a trait à la schizophrénie chronique, c'est-à-dire durant depuis plus d'un an et demi, le nombre des rémissions a atteint 10 %. Ce chiffre aurait pu être augmenté notablement si tous les malades dont l'affection remontait par exemple au delà de 5 ans, avaient été supprimés. Quant à de l'amélioration, on a pu en obtenir une considérable dans 37 % des cas.

Il nous a été donné, au même Congrès, de rapporter sur les résultats de la thérapeutique par le cardiazol, dans des *psychoses de la sphère affective*. Des 108 malades traités, 77 % guériront.

La thérapeutique par les convulsions chez les malades non schizophréniques constitue l'apport de l'auteur belge P. Verstraeten. Je dois à la vérité de dire que j'avais bien eu un cas de dépression pré-sénile ayant résisté à toutes les thérapeutiques

accoutumées, opium, autohémothérapie, pyrétothérapie, photodyn, qui guérit complètement avec les crises déclenchées par le cardiazol. Mais je n'ai pas publié le cas et ne l'ai pas étudié plus avant. Par contre, P. Verstraeten a obtenu des résultats très intéressants chez 20 mélancoliques et 2 maniaques. Et aujourd'hui, suivant son exemple, bien des auteurs considèrent la thérapeutique par les convulsions comme souveraine des dépressions et mélancolies. Le nombre des cas traités est, comme les tableaux ci-après le montrent, constamment en augmentation. Je désire tout de même remarquer que ces deux statistiques, établies au mois d'août de l'année dernière, sont aujourd'hui largement dépassées. En Hollande seulement, on a rapporté 1.200 cas de traitement par le cardiazol, et la chose a fait l'objet d'une communication à un Congrès tenu en Angleterre. J'ai appris aussi qu'à Budapest il y a déjà une ou deux centaines de schizophréniques traités par le cardiazol en clientèle privée (maisons de santé), et que les médecins traitants n'ont pas jugé nécessaire de communiquer.

Pour les résultats généraux, je ne peux que me rattacher entièrement à H. Roemer, qui formule, au sujet des traitements par l'insuline et par le cardiazol, les conclusions suivantes :

« Du point de vue pratique, les choses en sont arrivées là que, maintenant, tout nouveau cas de schizophrénie doit être traité par ces nouvelles méthodes. Il ne s'agit point là d'un procédé plus ou moins autorisé, mais d'un traitement médicalement obligatoire. »

Qu'il me soit permis, pour terminer, de mentionner un domaine où la thérapeutique par les crampes déclenchées au moyen du cardiazol, peut être utile, et qui, d'ailleurs, s'il mérite la plus grande attention, n'est pas encore au point. Il s'agit des états d'assoupissement épileptique prolongé, que l'on peut faire cesser par des crampes consécutives à l'injection de cardiazol. Ce sont des auteurs allemands qui ont eu cette idée.

Au point de vue diagnostique, un procédé est en train de s'élaborer, qui utilise aussi les convulsions par le cardiazol. Il a pour point de départ le fait que certains épileptiques font un type de crampes comportant une aura motrice ou sensorielle. Quelques auteurs pensent qu'ici le cardiazol ne déclenche pas un accès généralisé, mais des crampes particulières à chaque malade. De plus, les épileptiques traités par le brome ou le luminal se montrent étonnamment sensibles au cardiazol, davantage même que les schizophréniques traités de la même façon.

J'ai voulu donner ici un aperçu du chemin parcouru depuis quatre ans par la thérapeutique par le cardiazol. Je passerai sous silence les recherches biochimiques de F. Georgi (Suisse) et H.-O. Pfisterer, Herisau (Suisse), les miennes et celles d'autres auteurs ; elles ne sont point encore arrivées à des conclusions univoques.

En tout état de cause, deux faits donnaient la situation, celui-ci d'abord : la nécessité lorsque l'on se trouve devant un schizophrénique, de recourir à l'insuline ou au cardiazol : sinon, il y a faute professionnelle ; secondement : l'obligation de pousser les études biochimiques relatives à la nouvelle thérapeutique, pour approfondir la pathologie de la schizophrénie. S'il n'y a pas d'index bibliographique à la fin de cette publication, la raison en est simple : au mois de septembre de l'année 1938, la liste des publications sur la question comportait 34 pages tapées à la machine ! N'était-ce pas là une surcharge excessive ?

*Résultats obtenus avec le traitement de la schizophrénie par le cardiazol, hors d'Europe. Statistique établie sur les publications de 46 cliniques ou asiles, et antérieures à août 1938 :*

NOMBRE DES MALADES TRAITÉS	RÉMISSIONS	AMÉLIORATIONS CONSIDÉRABLES	CAS AIGUS, NE REMONTANT PAS À PLUS D'UN AN	RÉMISSIONS	AMÉLIORATIONS CONSIDÉRABLES
1751	397 22,7 0/0	617 35,2 0/0	480	244 50,8 0/0	98 20,4 0/0

*Résultats obtenus avec le traitement de la schizophrénie par le cardiazol, en Europe. Statistique établie sur les publications de 56 cliniques ou asiles, et antérieures à août 1938 :*

NOMBRE DES MALADES TRAITÉS	RÉMISSIONS	CAS AIGUS, NE REMONTANT PAS À PLUS D'UN AN ET DEMI	RÉMISSIONS
2326	675 29 0/0	763	398 52,2 0/0



# LE TRAITEMENT ACTUEL DE LA DÉMENCE PRÉCOCE ET D'AUTRES PSYCHOSES PAR L'INSULINE ET LE CARDIAZOL

PAR

PAUL ABÉLY (1)

Il y aura bientôt trois ans qu'à cette même Société, M. Bersot, dans une remarquable communication, nous apportait ses premiers résultats et ses premières constatations à propos de l'insulinothérapie. Depuis, dans toutes les Nations, les communications se sont multipliées à un rythme accéléré.

Elles se rapportent, soit au traitement par l'insuline, soit à celui par le cardiazol. Je n'aurai pas l'outrecuidance d'analyser dans un rapport de quelques pages plus de mille publications, ni le souci superflu d'ajouter à tant d'autres des statistiques personnelles.

Ce court rapport a un but plus général : celui d'amorcer, au sein de notre société, une vaste discussion sur cette question, de grouper l'opinion de chacun de nous, de tenter une mise au point aussi précise que possible.

En France, reconnaissons-le, nous avons eu tout d'abord quelque scepticisme et assez d'hésitation devant ces méthodes nouvelles. Mais je crois pouvoir dire qu'aujourd'hui, ce scepticisme, cette hésitation ont disparu parmi la grande majorité d'entre nous, surtout en ce qui concerne l'insulinothérapie.

Comme l'a écrit R. Choplin dans une thèse récente et très documentée : « La méthode de Sakel tend à devenir classique ; parmi les thérapeutiques des états schizophréniques, elle s'est révélée comme la plus féconde en résultats. »

(1) Rapport qui sera présenté à la *Société Médico-Psychologique* (séance du lundi 22 mai 1939) par le Dr Paul Abély, Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique de Villejuif (Seine).

De même, personne ne continue à ergoter sur la possibilité de diagnostics erronés ou trop précoces, puisque, dans les cas les plus avérés de démence précoce, des résultats évidents ont été obtenus.

### L'insulinothérapie

C'est en 1935 que Sakel annonça sa méthode. Depuis, celle-ci a été abondamment expérimentée et toujours poursuivie. Je ne crois pas connaître, en effet, un seul psychiatre qui, après l'avoir sérieusement tentée, y ait définitivement renoncé. Seuls demeurent quelques hésitants qui reculent devant des accidents possibles peu fréquents, devant l'obscurité encore évidemment très compacte du mode d'action, enfin devant la possibilité de conséquences tardives sur le système nerveux ou cardio-vasculaire, conséquences qui, en l'absence actuelle de toutes preuves anatomiques ou physiologiques, demeurent, jusqu'à nouvel ordre, dans le domaine de l'hypothèse. On a signalé cependant des lésions hémorragiques au niveau des noyaux végétatifs et du III<sup>e</sup> ventricule symptomatiques de lésions centrales graves. Elles paraissent exceptionnelles si l'on applique le traitement avec prudence :

« Au sujet de l'avenir éloigné des malades traités, écrit Choplin, il ne semble grévé d'aucune tare physique, si ce n'est un enrichissement durable du pancréas, en tissu insulaire, susceptible d'amener quelque trouble dans la fonction endocrine pancréatique. »

Il est un fait qui, dans tous les cas, paraît devoir s'imposer à notre jugement, à savoir que la période des discussions doctrinales est dépassée maintenant par les résultats concrets. Peu importe que la schizophrénie présente des rémissions spontanées, peu importe même une imprécision de diagnostic. Devant une maladie mentale dont l'évolution la plus probable est la chronicité, il vaut mieux opposer un traitement inutile ou superflu qu'une contemplative abstention.

Certains auteurs conseillent d'attendre une évolution de quelques mois avant d'agir. Cette expectative peut évidemment modifier des statistiques, peut parfois éviter un traitement toujours délicat. Mais cela n'est-il pas, en définitive, défavorable au malade qu'il faudra ensuite traiter et qui aura inutilement perdu plusieurs mois peut-être précieux ? Ceci est particulièrement important pour la thérapeutique par le cardiazol.

Nous connaissons tous, évidemment, les rémissions sponta-

nées de la démence précoce, aussi bien que celles de la paralysie générale et de nombreuses maladies générales.

Mais à cause de cela, faudrait-il ne pas attaquer aussi, dès que possible, une méningo-encéphalite diffuse ou une tuberculose pulmonaire en évolution ?

D'ailleurs, et de nombreux expérimentateurs l'ont remarqué, les rémissions spontanées de la démence précoce ne sont pas exactement les mêmes que celles obtenues par l'insulinothérapie.

Le schizophrène thérapeutiquement transformé aura un comportement affectif et pragmatique différent de l'amélioré spontané. Son activité sera plus nette, plus exigeante. Il témoignera d'un sentiment de confiance et de reconnaissance très rare chez le second. Ce sera un visiteur fréquent qui viendra revoir son médecin, ses infirmiers, alors que l'autre hésitera en général.

Son jugement enfin sera plus net. Mieux que l'autre, il reconnaîtra sa maladie antérieure, il gardera même un souci de l'avenir, la préoccupation de venir faire contrôler de temps à autre son état de santé. Et ce comportement sera habituellement d'heureux augure.

Le choix des malades à traiter par l'insuline s'inspire d'une double préoccupation : 1° la forme mentale de la psychose ; 2° l'état physique du sujet.

En général, toutes les formes de la démence précoce peuvent profiter de cette thérapeutique. Aucune ne donne une contre-indication formelle.

La majorité des auteurs s'accorde à reconnaître les circonstances les plus favorables aux formes paranoïdes. Je l'ai moi-même constaté. Mais les catatoniques négativistes peuvent aussi en bénéficier. J'ai eu personnellement la chance d'assister à la guérison complète d'un malade qui était, depuis trois ans, en état de stupeur catatonique. Ce qui, en revanche, semble bien se préciser, c'est que le type leptosome réagit beaucoup mieux que le type piqueur. Sans pouvoir d'ailleurs en fournir une explication valable.

D'autres maladies mentales autres que la démence précoce peuvent être heureusement influencées par l'insuline : les confusions prolongées, certains délires mélancoliques tenaces et même les perturbations psychiques post-encéphalitiques. Peut-être divers parkinsonniens à gros troubles neuro-végétatifs pourraient être favorablement traités de la même façon ?

J'ai eu l'occasion de soigner dans ces conditions un jeune hémiphroénique antisocial et pervers. La cure, terminée

depuis trois mois seulement, a très nettement modifié son comportement dans le service. Néanmoins, j'hésite encore à tenter sa sortie devant l'incertitude de la stabilité des résultats. Cependant peut-être y aurait-il là un essai possible de traitement des perversions instinctives de jeunes sujets ?

Des succès ont été également signalés dans la manie et la mélancolie. Cossa en publie plusieurs cas probants après une vingtaine de chocs. Ils seraient identiques aux guérisons obtenues par le cardiazol, mais beaucoup plus stables. Aussi, sans tomber dans une exagération regrettable, il semble bien que le champ de l'insulinothérapie ne pourra que s'agrandir.

On a beaucoup discuté pour savoir s'il fallait traiter des sujets chez qui la maladie évoluait depuis plus de trois ans.

Je suis de l'avis de Picard en disant qu'il ne faut pas exclure les cas chroniques. Dans les statistiques de nombreux auteurs, on note des guérisons survenues après de nombreuses années d'évolution. Et j'estime que, si leur état physique le permet, il y a lieu de reprendre tous les vieux déments précoces de nos services et d'essayer de les insuliner.

Je crois que, parmi de très nombreux succès, nous assisterons à quelques curieuses transformations.

Ceci me paraît constituer une différence très importante dans l'action comparative de l'insuline et du cardiazol. A la première thérapeutique, on peut convier tous les malades sans souci absolu du temps d'évolution, avec le second médicament, seuls les cas récents sont influençables.

Le nombre des comas fait également l'objet de controverses. Certains prolongent le traitement sans relâche tant qu'il n'y a pas d'amélioration notable. Quelques-uns vont ainsi pendant six mois et plus, d'autres s'arrêtent au bout de trois mois. Mon avis, d'ailleurs très personnel, est qu'il est prudent de ne pas dépasser une trentaine de comas quitte à reprendre la cure quelques mois après, afin d'éviter l'installation de lésions histologiques possibles. Mais en fait, tout dépend, d'une façon primordiale, de l'état de résistance du sujet et de ses réactions propres. Ceux à manifestations épileptiformes, ou à fortes oscillations thermiques semblent se fatiguer beaucoup plus vite que les autres.

Certains ont cru remarquer, dans les comas avec forte hypothermie, un élément favorable du pronostic. Je n'ai pas eu l'occasion de le contrôler. En revanche, Neuberger estime que les comas sans hypothermie sont dangereux et doivent être rapidement suspendus.

Porc'her s'est arrêté à la période du précoma et dit avoir obtenu des succès.

J'ai essayé cette méthode avec des sujets ayant dépassé l'âge de quarante ans ou présentant un état de fatigue assez accentuée. Le malade en état de stupeur catatonique depuis trois ans a été ainsi guéri, de même que deux paranoïdes âgés de quarante-trois et quarante-deux ans, et évoluant depuis deux et quatre ans. En revanche, chez trois autres, l'insuccès fut total.

Je me demande si, chez les catatoniques à grosses manifestations neuro-végétatives, cette méthode n'est pas préférable à celle des comas complets.

Je n'ai pas à entrer ici dans les détails de la technique de la cure insulinique. Elle est maintenant bien mise au point. Chacun s'accorde à interrompre hebdomadairement les choes par un repos de un ou deux jours et à admettre qu'un réveil trop brusqué est toujours défavorable.

Lorsque le coma se prolonge d'une façon anormale, en outre des injections intraveineuses de sérum sucré hypertonique, on recommande actuellement l'ingestion ou même l'injection d'alcool et la vitamine B.

Les complications dues à l'hypoglycémie sont surtout à craindre dans la période que P. Guyot appelle : « La phase de défense, phase d'activation psychique et somatique. » Pour les prévenir, il y a lieu de connaître les contre-indications à la cure de Sakel. Ces contre-indications sont maintenant précisées : affections cardio-vasculaires en premier, fragilité pulmonaire, fébrilité, etc...

Je crois qu'il y a intérêt à faire aussi un dosage préalable de l'urée du sang, à se méfier des anciennes insuffisances rénales, des antécédents scarlatineux et aussi des alcooliques au foie déficient.

On recommande de se servir toujours de la même insuline chez le même sujet. Je n'ai utilisé que des insulines françaises Byla ou endopancrine sans accidents. Enfin, il y a intérêt à ne pas traiter trop de malades à la fois, le nombre de quatre me paraît sage.

Renouvelant une précédente intervention, je me permets d'attirer l'attention sur les cas, heureusement assez rares, où le sujet entre précocement dans le coma avec des doses d'insuline inaccoutumées se situant entre quinze et trente unités. Avec de tels individus, il faut, les jours suivants, injecter la quantité d'insuline, si minime soit-elle, en plusieurs fois et dès le premier coma, cesser d'augmenter la quantité d'unités, la diminuer même



quitte à remettre à plus tard l'augmentation progressive et prudente des doses. Inversement, dans le cas d'insulino-résistance, Combemale adjoint la vagotonine pour pouvoir diminuer la quantité d'unités utiles.

La cure de Sakel peut quelquefois amener des complications d'ordre psychique : parfois une aggravation de la maladie mentale préexistante, quelquefois la transformation d'un sujet calme en un sujet très impulsif. Mais en général, même en cas d'insuccès à peu près complet, le malade devient au contraire plus maniable, un peu plus sociable.

Il n'y a pas d'éléments de pronostic au cours de la cure. L'incidence des crises épileptiques est très discutée dans son effet. Une amélioration peut apparaître précocement dès les premiers comas et ne pas se maintenir, inversement, elle peut apparaître très tardivement au cours des derniers chocs et demeurer stable. La disparition de diverses stéréotypies habituelles au milieu de la période curative est habituellement favorable. Enfin, l'augmentation rapide du poids et le maintien de cet engraissement plusieurs semaines après la fin des comas sont, semble-t-il, de bon augure.

La statistique des résultats très favorables varie, dans une certaine mesure, avec les auteurs. Néanmoins, le pourcentage moyen représente un tiers des cas traités environ, celui-ci diminue naturellement avec l'ancienneté de la psychose.

Ce pourcentage dépasse largement tous ceux cités au cours d'autres thérapeutiques de la démence précoce et constitue un encouragement formel.

Mais ces succès ne sont pas, hélas ! toujours définitifs et l'on signale d'assez fréquentes récides. C'est ici que se pose la question de la consolidation du résultat obtenu. Cette consolidation demande une thérapeutique post-insulinique et celle-ci devrait être à la fois psychologique et médicamenteuse.

Tout le monde s'accorde pour reconnaître le rôle très important de la psychothérapie. Au sortir de chaque coma et à la fin de la cure, le malade est particulièrement sensible au point de vue affectif. Il a besoin de douceur, de réconfort et aussi de distraction.

Il faut le faire sortir le plus tôt possible, si son état le permet, et si le milieu social l'autorise et, à défaut de sortie, lui trouver une occupation quelconque. Ces malades demandent eux-mêmes à travailler et le travail leur fait un bien évident.

Ils sont, en général, un peu étonnés et timides. Il y a intérêt à les rendre confiants et plus sûrs d'eux-mêmes. Il semble qu'il soit préférable de ne pas évoquer le souvenir des troubles passés.

Trois de nos malades cliniquement guéris ont rechuté à la suite d'un choc affectif évident. Le premier paraissait si bien aux yeux de sa famille que celle-ci le fit s'engager. Ce fut peu de temps après les émotions de septembre dernier, l'envoi sur les forteresses de l'Est et trois semaines après le transfert pour un hôpital militaire au cours d'un état de stupeur catatonique.

Un second, désespéré par le chômage, qu'il s'était vainement efforcé de vaincre, reprit son délire paranoïde.

Le troisième enfin, menacé d'un rapatriement qu'il redoutait, fit, alors qu'il allait bien, un délire aigu qui l'emporta en quelques jours. La sortie de tels malades indigents pose un problème difficile.

La consolidation médicamenteuse demeure à l'étude. A chaque malade, après l'insulinothérapie, j'ai institué, à titre d'essai, un traitement qui consiste en une série d'injections d'hectine B, qui a en particulier l'avantage de maintenir l'appétit et l'augmentation de poids, et en deux séries d'injections d'antéhypophyse.

Déjà avant moi, d'autres avaient essayé ce médicament dans des états de démence précoce et à l'exclusion de tout autre traitement. Ils obtenaient parfois de curieux résultats. Je sais qu'il est admis que le lobe antérieur d'hypophyse aurait une action antagoniste à celle de l'insuline.

Agit-il alors comme réducteur des troubles créés par l'assimilation abondante d'insuline thérapeutique ou peut-être plutôt comme excitateur de glandes génitales qui ont, elles, un pouvoir hypoglycémiant ?

De toutes façons (après avoir essayé d'autres extraits endocriniens, tels les thyroïdiens par exemple), j'ai eu l'impression, avec l'antéhypophyse, d'obtenir parfois cette consolidation que je recherchais et même de compléter à retardement les résultats incomplets de la cure insulinique.

Depuis plus d'un an, cette technique m'a paru utile et je la continue en attendant que d'autres chercheurs nous donnent des directives plus précises. Je signale occasionnellement que les préparations à base de propionate de testostérone, administrées à des femmes, m'ont donné des résultats nettement défavorables dans les cas de schizophrénie.

### Le traitement par le cardiazol

A peu près dans le même temps que Sakel, von Méduna signalait l'action thérapeutique des crises convulsives provoquées par le cardiazol dans la schizophrénie. Cette méthode fut expéri-

mentée en France quelques mois après celle de Sakel. Elle est, elle aussi, bien mise au point et je me garderai de décrire sa technique.

Ses indications quant au choix des malades sont à peu près identiques à celles de l'insuline.

On a cependant signalé que, quelquefois, la méthode de Von Méduna réussit là où celle de Sakel échouait et inversement, qu'elle serait moins active dans les états paranoïdes et plus efficace dans les états catatoniques ou stuporeux et sur les symptômes psycho-moteurs. Il est de règle de dire que la répétition des doses moyennes de cardiazol ne produit pas d'effet cumulatif et que la quantité utile doit être injectée très vite et en une seule fois.

Mais ce qui apparaît d'une façon évidente, c'est qu'avec le cardiazol, seules les psychoses récentes dans leur évolution sont heureusement influencées. Après un an d'ancienneté, l'efficacité semble très discutable.

Sans être aussi affirmatif, peut-être pourrait-on supposer aussi que les bons résultats sont moins stables. Cela, aussi bien à propos de la schizophrénie que des améliorations signalées dans la psychose maniaque dépressive.

Je n'ai pas à discuter sur l'exactitude de la conception inspiratrice de cette méthode ; l'antagonisme entre l'épilepsie et la schizophrénie. Elle demeure incertaine. De même la comparaison des manifestations de la crise convulsive et du coma hypoglycémique me paraît discutable, j'y reviendrai tout à l'heure. Contrairement à l'opinion de la majorité des auteurs, le traitement par le cardiazol ne me semble pas absolument anodin. Il fatigue souvent les sujets. Chez un malade, dans le court espace de temps qui sépare la période d'avant et d'après la crise, j'ai pu constater une perte de six cents grammes de poids, perte hydrique sans doute, mais frappante tout de même.

Les contre-indications connues sont les états fébriles, les cardiopathies, les anomalies électro-cardiographiques, l'hypertension et là, plus encore peut-être qu'avec l'insuline, un âge supérieur à quarante ans.

Je dirai qu'il y a lieu d'y ajouter les grandes anomalies neuro-végétatives, les syndromes endocriniens importants et aussi toutes les fragilités osseuses ou articulaires pathologiques.

Chez les hommes, il faut se méfier des sujets athlétiques ou hypermusclés. Car outre les algies fréquentes et banales on a signalé les luxations et des fractures dont une vertébrale mortelle. Plaitner cite sept cas de syndrome de Korsakoff consécutifs à cette thérapeutique.

Ce qui frappe dans la pratique du cardiazol, c'est la rapidité de son action sur l'état mental, les transformations immédiates et surprenantes qu'il provoque parfois, alors qu'avec l'insuline on assiste à une modification lente mais progressive de la psychose. Ici on se trouve, dans certains cas, en présence d'une complète inversion de la formule affective. Tel maniaque euphorique, bruyant, querelleur, expansif, se réveille de sa crise, mélancolique, humble, inquiet, auto-accusateur. Mais c'est alors que se remarque aussi l'instabilité de ce résultat, car au bout de quelques instants de conversation, en stimulant l'humeur joyeuse, ce déprimé repentant redevient bien vite le maniaque insupportable d'auparavant. De même, chez tel schizophrène, le réveil trop affectif, trop calin, trop empressé fait penser à la réflexion d'une mère devant son enfant habituellement turbulent et provisoirement assagi : « C'est trop beau pour que ça dure ».

Cette action fugace, qui peut se stabiliser après des chocs successifs, ne paraît pas cependant très profonde et à son sujet je retiens la réflexion de Cossa : « Comme si le choc suffisait « alors pour rompre un mécanisme psycho-pathologique, déjà « débarrassé de sa racine organique ». Il parlait de petits anxieux hypocondriaques qui tous présentaient une maladie organique auparavant traitée et en partie responsable des troubles psychiques.

D'heureux résultats dans des cas de démence précoce avérée sont cités par tous les auteurs. Il s'agit habituellement de formes hétérophréniques ne remontant pas en général à plus de six mois. On note plus souvent des guérisons de bouffées délirantes ou confusionnelles, de syndromes anxieux et surtout, semblable-t-il, chez les femmes.

Ces améliorations survenaient après un chiffre variable d'injections bi-hebdomadaires habituellement entre quatre et douze.

On signale aussi des succès dans la psychose maniaque dépressive. J'avoue que nos essais personnels n'ont pas été heureux dans cette catégorie et que j'ai noté des récides habituelles après quelques semaines ou quelques jours de calme.

En règle générale je crois qu'il faut utiliser le cardiazol dans les cas frais ne dépassant pas six mois à un an maximum d'évolution et qu'en cas d'insuccès il y a lieu de recourir à l'insuline. Un malade traité auparavant par le cardiazol peut guérir par l'insuline mais inversement et comme je le signalais il y a deux mois à cette société, je crois que le cardiazol post-insulinique est sans effet et que parfois même il annihile l'amélioration obtenue par les chocs hypoglycémiques.

Si l'on veut comparer les deux méthodes thérapeutiques insuline-cardiazol, il apparaît, en toute neutralité, que l'insuline est nettement supérieure. Ces deux modes d'action semblent eux aussi différents. S'il existe une certaine ressemblance dans le réveil, après les deux modes de chocs, j'en remarque beaucoup moins dans les autres temps de l'épreuve. Dans les deux cas, il y a évidemment, comme on pouvait le prévoir, un grand bouleversement neuro-végétatif et des réactions psychiques parallèles. Mais cependant, le mécanisme psychologique et biologique n'est pas le même. Avec le cardiazol, même dans les accès non avortés, un facteur brutalement envahissant d'anxiété, d'angoisse semble jouer le rôle primordial et par certains côtés, cette thérapeutique pourrait s'apparenter à celle du siècle dernier : chutes brusques dans une trappe, dans un bain glacé, épreuves d'effroi et de surprise.

Il n'y a qu'à voir combien les malades redoutent les prochaines injections et deviennent rapidement hostiles au traitement et méfiants à l'égard de celui qui les traite. Tout au contraire, l'insuliné réclame la continuité de ses soins, s'attache à son médecin, se montre confiant et docile. L'anxiété dans le coma hypoglycémique n'est pas tellement intense ni même tellement habituelle. Je doute qu'elle ait un effet capital dans le processus de guérison. L'un de mes malades actuellement guéri m'a décrit, dans son style personnel, ce qu'il éprouvait au début de ses chocs et voici ce qu'il dit : « Tout tournait, je me sentais « oppressé, puis j'avais le réel bonheur de revoir mon foyer et « mes occupations. Ensuite, mes membres devenaient raides « et la tête lourde. Alors c'était le véritable coma et je perdais « complètement conscience. Le réveil n'était pas de même nature « et la nuit il m'arrivait assez souvent de voir des personnages « de forte corpulence et je me demandais où je pouvais avoir « vu ces géants. »

Deux autres malades également guéris depuis plus d'un an m'avaient eux aussi signalé un certain bien-être psychique du pré-coma. Sans doute y a-t-il une angoisse physique qui précède immédiatement le coma, une lutte inconsciente contre celui-ci mais les sujets n'en gardent aucun souvenir et surtout aucune crainte pour l'épreuve suivante, si bien que l'on peut se demander si cette impression de « danger vital » a un rôle important dans l'insulinothérapie.

#### Traitement combiné

La plupart des expérimentateurs sont d'accord pour reconnaître les bons effets de la cure combinée. Cette méthode est



préconisée en particulier dans la reprise du traitement après un précédent échec par la seule insulinothérapie. Dans cette thérapeutique mixte, M. Claude dit que le cardiazol semble agir sur les barrages, les stéréotypies, les éléments confusionnels qui paraissent rebelles à l'insuline. Elle a l'avantage de permettre d'utiliser des doses moindres de cardiazol et d'éviter l'anxiété concomitante. Il est, dit-on, préférable de ne pas associer le cardiazol avant l'installation des comas profonds, mais dans la deuxième moitié de la cure ou même dans la dernière période. On provoque la crise convulsive deux heures environ après l'injection d'insuline une à deux fois par semaine, suivant la résistance du sujet. Je reconnais n'avoir essayé jusqu'ici que deux fois ce traitement combiné, d'ailleurs sans succès, c'est-à-dire d'une façon tout à fait insuffisante pour en avoir une opinion personnelle valable.

Il paraît digne d'être poursuivi et ne présente aucun danger supplémentaire, puisqu'au contraire le cardiazol active le réveil et que l'insuline atténue les inconvénients du médicament convulsivant.

### Hypothèses sur le mécanisme d'action

Celles-ci sont très nombreuses. Citons-en rapidement quelques-unes : « l'hypoglycémie dissocie les voies et isole les courts circuits. » — « Il s'agit d'une sorte de massage chimique. » — « On favorise ainsi la combustion des substances toxiques. » — « Augmentation des échanges. » — « Modifications considérables sur la circulation cérébrale. » — « Perméabilité de la barrière hémoméningée. » — « Décharge d'adrénaline. » — « Rétablissement de l'équilibre hormonal. » — « Coup de fouet du système neuro-végétatif. » — « Facteur psychogène », etc...

De cet ensemble d'hypothèses difficiles encore à discriminer, on peut noter cependant que l'idée de troubles fonctionnels et non organiques est générale.

### Considérations générales et conclusion

Ces deux méthodes de traitement sont d'un intérêt indiscutable tant au point de vue thérapeutique que séméiologique. Elles sont capables de provoquer dans l'avenir une véritable révision de certaines conceptions psychiatriques. Elles montrent une fois de plus la relation étroite des bouleversements neuro-végétatifs et glandulaires avec les perturbations psychiques. Par leurs

résultats concrets, tout particulièrement en ce qui concerne l'insulinothérapie, elles ont dépassé le stade des discussions doctrinales pour entrer dans celui de l'application rationnelle. Enfin, et c'est par là que je terminerai, elles ont dès maintenant permis de montrer combien, dans la démence précoce, le trouble des associations constitue le signe primaire et essentiel, « le symptôme le plus constant et le plus tenace. C'est sa disparition qui autorise seulement le mot de guérison et qui fait apprécier l'efficacité thérapeutique ». Dans une thèse très étudiée et consacrée à ce sujet, Paul Guyot termine ainsi : « Il n'est plus question de subordonner entièrement les troubles intellectuels aux affectifs et réciproquement. Dans les deux domaines, à côté de troubles secondaires, se trouvent des déficits qui jaillissent directement d'un trouble fondamental, qui atteint le phénomène psychologique le plus primitif qu'on puisse saisir : l'activité associative. Ainsi se réalise une pseudo-inaffectivité tout à fait superposable à la pseudo-démence... Si le choc insulinique a fait disparaître chez nos malades certains états anxieux ou catatoniques et certains troubles sympathiques, des plus impressionnants, et modifié si radicalement le tableau clinique que la vie en société est pour eux redevenue possible, il est resté parfois impuissant devant le trouble associatif dont les régressions sont restées parcellaires et incomplètes. En dépit d'un vif contraste avec leur état antérieur, nos sujets gardent la note schizophrénique. Ils conservent une retenue, une raideur, un manque de souplesse, indices d'une dégradation peut-être légère, mais qui suffit à faire prononcer le mot de « séquelle » et réserver le pronostic. Sans doute, ils ont perdu leurs symptômes les plus spectaculaires, mais la liberté et l'harmonie du jeu de leurs associations ne sont point parfaites. Ce sont elles qui jugent, en dernier ressort, de l'étendue de leur amélioration. »

Ce critère pourra probablement permettre dans l'avenir d'apprécier, d'une façon précise, l'action exacte du traitement. Il modifiera sans doute pas mal de statistiques trop enthousiastes et principalement, croyons-nous, dans la thérapeutique de la schizophrénie par le cardiazol.

---

# LA PSYCHIATRIE DANS L'AMÉRIQUE DU SUD <sup>(1)</sup>

PAR

HONORIO DELGADO et J. O. TRELLES

Lorsqu'on jette un coup d'œil sur la psychiatrie en Amérique du Sud, on doit retenir l'impression d'ensemble des grands progrès qu'elle a faits dans ces dernières années ; ceci est d'autant plus net que l'on regarde en arrière, vers le passé, et nous permet un pronostic optimiste pour l'avenir. Mais il est difficile d'en donner un aperçu unitaire. Bien que les pays sud-américains aient de grandes similitudes et que leur évolution se soit faite avec un rythme semblable dans des routes parallèles, il n'en est pas moins vrai qu'il existe entre eux de grandes différences, sinon quant aux mœurs, du moins quant aux conditions de vie, la densité de la population, la pénétration de la civilisation en profondeur à travers des territoires immenses. De même, on peut dire, d'une manière générale, que la psychiatrie s'est développée dans tous ces pays en suivant le même rythme, avec pourtant des différences dans le degré atteint.

Partie des institutions religieuses et des « loquerias » (2) primitives, l'assistance aux aliénés, en Amérique du Sud, a suivi une marche ascendante de progrès en épousant de près ou de loin, suivant les cas, les perfectionnements successifs que cette branche de la médecine atteignait en Europe. Aujourd'hui, grâce à ce développement progressif, son niveau est appréciable. Mais il s'en faut que le degré de culture psychiatrique soit égal dans tout le continent : si quelques pays ont atteint déjà un

(1) Cet article du Professeur H. DELGADO et du Professeur agrégé J.-O. TRELLES, de la Faculté de Médecine de Lima (Pérou), fait partie d'une série d'articles consacrés par les *Annales Médico-psychologiques* à une enquête internationale sur les tendances de la psychiatrie contemporaine (voir *Ann. Méd.-psych.* : 1936, t. I, p. 359, 554 et 718 ; 1937, t. I, p. 736 ; 1938, t. I, p. 482, t. II, p. 321).

(2) De « loco », fou.

niveau élevé qui peut soutenir la comparaison avec ceux d'autres milieux, d'autres sont encore très en arrière du chemin parcouru. Par ailleurs, dans un même pays, la diffusion de l'organisation psychiatrique n'est pas uniforme ; il n'y a pas toujours parallélisme entre les établissements d'assistance de la capitale ou des grandes villes avec ceux de l'intérieur. Enfin, l'extension considérable des territoires, les difficultés des voies de communication sont autant de raisons qui expliquent le fait que, dans la plupart des pays, la psychiatrie est toute concentrée dans la capitale. Ajoutons encore que, même dans les nations les plus progressistes, l'assistance n'a pas atteint la proportion de deux aliénés hospitalisés pour mille habitants, chiffre admis généralement comme moyenne dans des pays plus avancés, et qui doit être légèrement plus haut en Amérique du Sud du fait de l'immigration — surtout juive — mal contrôlée ; il manque donc encore des établissements et il existe, dans la plupart de ceux qui sont actuellement en service, un degré plus ou moins grand d'encombrement. Mais partout, avec des variantes, se développe un plan d'assistance qui viendra combler les lacunes existantes. On est donc en droit d'espérer, pour un avenir prochain, que quelques-unes des institutions prévues auront été menées à bonne fin. On disposera alors d'établissements conçus et réalisés d'après les dernières acquisitions de la science hospitalière et pourvus d'un outillage moderne, ainsi que d'un corps de médecins spécialisés. Dans cette vue panoramique, on ne doit pas oublier de signaler la particulière attention prêtée à la solution des problèmes que soulève l'assistance aux enfants arriérés, à l'enfance en danger moral, à l'enfance délinquante. Il est facile de prévoir que le mouvement en ce sens ira en se développant progressivement. Il en est de même pour ce qui concerne l'hygiène mentale, qui prend chaque jour plus d'importance dans les activités des psychiatres sud-américains et commence à mériter l'attention des milieux officiels. Rappelons à ce propos que c'est au Brésil, à Rio, qu'il est projeté de tenir, en 1940, le prochain Congrès International d'Hygiène Mentale.

La psychiatrie a donc gagné en importance au fur et à mesure de son développement progressif. Hier branche dédaignée de la médecine, la psychiatrie acquiert aujourd'hui du prestige même auprès des étudiants qui, autrefois, se détournaient d'elle. L'enseignement de la psychiatrie en a tiré profit et fait également des progrès avec ses tendances totalitaires nouvelles. Le mouvement scientifique, incipient hier, tend à se développer et gagne en importance grâce à l'effort des spécia-

listes. Ce mouvement se traduit par l'activité des sociétés savantes, par des réunions périodiques en « journées neuro-psychiatriques », ainsi que par la publication de travaux dans les revues spécialisées. Mais si, dans le nombre appréciable de travaux publiés (1), il en est une moyenne fort honnête et quelques-uns de haute tenue scientifique, il n'en est pas moins vrai que manquent encore les travaux d'ensemble et de poids, les vues originales, les conceptions doctrinaires. D'une manière générale on peut dire que, malgré les efforts louables de quelques beaux esprits, la plupart des travaux sont le reflet des courants scientifiques et des préoccupations des savants d'Europe et que tous en sont nettement influencés. Dans ce sens, on peut affirmer qu'il n'existe pas une science psychiatrique particulièrement sud-américaine. Certes, quelques aspects particuliers, nosographiques ou d'assistance, ont reçu des appoints locaux, mais il n'existe pas d'œuvre doctrinaire nouvelle. Il est à noter que les influences dominantes sont celles de l'école française et de l'école allemande. L'influence presque exclusive qu'exerçait jadis la Clinique française a perdu du terrain et actuellement elle partage son prestige avec l'école allemande. Dans certains aspects, l'école italienne exerce aussi son ascendant. Il faut enfin signaler l'influence des tendances américaines pour tout ce qui concerne les détails matériels de l'assistance et surtout l'hygiène mentale.

Peu à peu se fait jour, dans les pays de l'Amérique du Sud, et pour mieux dire entre les Ibéro-Américains en général, un esprit de solidarité, une conscience continentale qui les pousse à resserrer les liens qui les unissent, à conjuguer leurs efforts pour résoudre les problèmes communs, à chercher des orientations solidaires. De là le succès des réunions continentales qui les groupent de temps à autre, tels les « Congrès Américains d'Hygiène Mentale », les « Journées Pan-Américaines de Neuro-Psychiatrie », dont la prochaine réunion — mars 1939 — doit avoir lieu à Lima.

Dans les pages qui suivent, nous essaierons de donner un bref aperçu de la psychiatrie dans chacun des pays sud-américains. Les lecteurs qui connaissent la question voudront bien excuser les déficiences de ce travail, car ils savent les difficultés de la tâche. Avant d'entrer dans le vif du sujet, nous tenons à remercier vivement l'obligeance de MM. Alejandro Raitzin,

(1) On peut s'en rendre compte en parcourant les pages d'« Index » (Revue ibéro-américaine d'analyses bibliographiques de Neurologie et Psychiatrie). Publié par Roque Orlando à Buenos-Aires.



Jaime de Mendoza, Heitor Péres, G.-Uribe Cualla, I. Horvitz, J. Endara et Miseno Saona, Antonio Sicco et F.-Herrera Guerrero, qui ont bien voulu nous donner des renseignements précieux pour la rédaction des parties concernant les pays suivants : Argentine, Bolivie, Brésil, Colombie, Chili, Equateur, Uruguay, et Vénézuéla.

## ARGENTINE

HISTOIRE DE L'ASSISTANCE AUX ALIÉNÉS. — A ses débuts, l'histoire de l'assistance aux aliénés, en Argentine, se confond, comme cela arrive d'ailleurs dans les autres pays d'Amérique, avec l'histoire même de l'assistance médicale en général. Au *xvi<sup>e</sup>* siècle, Buenos-Aires, de même que toutes les villes du territoire argentin, eut aussi, nominalement, son « hôpital ». Le premier hôpital de Buenos-Aires, l'Hôpital Saint-Martin, fondé en 1611, qui, plus tard, s'appela « l'Hôpital Sainte-Catherine » ou des « Betlemitas », fut aussi la première maison de fous (loquería ou loquero) que posséda la ville. Ce « loquero » fut un simple local isolé dans l'hôpital, et le fait d'y rester reclus était considéré comme une peine supérieure à celle d'être enfermé en prison.

En 1779, les fous de l'Hôpital Saint-Martin furent transférés à l'Hôpital général pour hommes, et là, on créa un lieu isolé pour déments. En 1800, il y avait dans ce lieu quelques 50 aliénés sur un total de 100 malades normalement reçus par l'Hôpital. En 1854, le nombre s'éleva à 131. Dès 1860, la Commission de l'Hôpital commença à déplorer l'existence de cet entassement humain. En 1863, la « Maison de Fous » se vit organisée et reçut 123 lits ; ce fut là l'origine de l'actuel « Hospicio de las Mercedes ». Dès 1883, ses murs reçurent tous les aliénés de la ville, car le vieil Hôpital Général pour hommes, y compris son lieu isolé pour fous, fut démoli. A leur tour, les aliénées avaient également leur « Cour des folles » à l'Hôpital Général pour femmes. En 1854, on y recevait une soixantaine d'aliénées.

A l'intérieur du pays, la réclusion des fous avait lieu ordinairement dans les prisons ou dans les couvents, selon la hiérarchie sociale, le sexe, la tranquillité ou le danger de ces derniers. Après 1870, et une fois fondées les Maisons de Fous, l'habitude d'envoyer ces malheureux aux nouveaux asiles d'aliénés devint générale à Buenos-Aires. A cause du manque de place dans la « cour des folles » de l'Hôpital Général pour femmes, on aménagea en 1854, après la chute du tyran Rosas, le local de

la Convalecencia dans l'ancien Hôpital appelé Bethléem (Belén), local actuellement réservé à l'Hôpital National d'Aliénés. En 1890, à l'époque où il fut décrété national, ce dernier hospitalisait 384 aliénés. En 1894, sous la direction du Dr Antonio-F. Piñero, on songea à le réformer et à lui donner une capacité totale de 1.200 lits. L'inauguration de ses édifices et des sections principales eut lieu l'année 1898. La réforme en question se vit bientôt complétée par la fondation de l'Asile des Aliénés à Lomas de Zamora, qui comptait quelques 300 lits, pour recevoir l'excédent des malades de l'Hôpital National des Aliénés. En 1912, ces deux maisons comptaient 2.398 internes et, en janvier 1934, le nombre des malades atteignait 3.142.

« Le local des fous » de l'Hôpital Général pour hommes fut, à son tour, transféré en 1860 sur un terrain proche de la Convalecencia, où se trouvait déjà installée la section féminine. Ce nouvel asile, spécialement construit pour recevoir les fous, fut dénommé « Hospice de Saint-Bonaventure ». Cependant, en 1873, on remplaça ce nom par celui d'Hospicio de las Mercedès, lequel subsiste aujourd'hui. Le véritable développement de l'Hospicio de las Mercedès commença sous la direction du Dr Lucio Méléndez, qui l'agrandit et améliora, d'une façon considérable, ses conditions hospitalières. L'année 1879, il proposa un plan de construction d'après les idées les plus avancées sur ce point. Ces constructions se trouvèrent terminées en 1885. Lucio Méléndez conserva la direction de l'Hospicio de las Mercedès jusqu'en 1892. Le Dr Domingo Cabred, lui succédant dans la direction de l'Hospice ainsi qu'à la chaire de la Clinique de Psychiatrie, poursuivit, grâce à son activité infatigable, l'œuvre si bien commencée. Il réforma l'Hospice et le dota d'un pavillon pour pensionnaires, d'un autre pour aliénés délinquants et d'un magnifique laboratoire d'investigation de neuro-pathologie confié au Professeur Ch. Jakob. Sur l'initiative du directeur actuel de l'Hospicio de las Mercedès, Professeur Gonzalo Bosch, on procède aujourd'hui à l'agrandissement et à la modernisation de cet établissement, où travaillent 36 médecins.

Etant donné l'augmentation continuelle du nombre des malades, le Congrès National autorisa, sur la demande de D. Cabred, la fondation d'une Colonie annexe de l'Hôpital et située loin de la ville. Le Dr Cabred réalisa ce projet ; c'est ainsi qu'il fonda, le 21 mai 1899, la grandiose Colonie Nationale d'Aliénés (Open Door), à Lujan, en prenant pour modèle la Colonie d'Alt-Scherbitz (Saxe prussienne). Cette Colonie porte aujourd'hui son nom, hommage rendu à une vie dédiée à cette œuvre initiale et à la

féconde action sanitaire et sociale développée dans la suite, alors que le D<sup>r</sup> Cabred présidait la Commission d'Assessorat des Asiles et Hôpitaux Régionaux, également fondés par lui. La « Colonie Nationale d'Aliénés D<sup>r</sup> Domingo Cabred » recevait, en 1901, 108 malades ; en 1902, 241 ; en 1919, 1.250 et en 1936, 3.300.

Vers la fin de 1908, le D<sup>r</sup> Cabred posa la première pierre de l'Asile-Colonie Mixte d'Oliva, province de Córdoba. Cet établissement fut inauguré en 1914 ; il comprend 40 pavillons isolés, entourés de 600 hectares de terrain. L'année 1917, il recevait 1.522 malades des deux sexes. En 1935, le nombre montait à 4.228 : 1.981 hommes et 2.247 femmes.

Au cours de l'année 1915, le D<sup>r</sup> Cabred organisa l'Asile-Colonie Mixte de Retardés, de Torres (Province de Buenos-Aires), autre fondation digne de son esprit progressiste. Il répond d'une manière adéquate à sa finalité médicale et sociale. A la fin de l'année 1919, il avait 656 malades : 423 hommes et 233 femmes. Au début de 1936, ses locaux se voyaient pleins avec 1.200 malades : 650 hommes et 550 femmes.

Encore un autre établissement hospitalier destiné aux aliénés ; c'est l'Asile-Colonie-Hôpital Melchor Romero, situé aux alentours de la ville de la Plata, province de Buenos-Aires. Il fut fondé le 6 avril de l'année 1884. En 1918, le nombre des malades du cerveau était de 1.136 : 773 hommes et 363 femmes, et recevait en plus 86 personnes atteintes de maladies ordinaires. Aujourd'hui ce nombre a doublé. Tout dernièrement a été mis en service l'hôpital d'aliénés de Rosario. C'est le plus moderne de tous ceux qui existent, tant pour son plan architectural que pour son organisation technique. Il possède 7 pavillons et dépend de la Faculté de Médecine de l'Université du Littoral. Il peut normalement recevoir 200 lits.

ENSEIGNEMENT ET PRATIQUE DE LA PSYCHIATRIE. — Dans la période initiale des études de psychiatrie, deux hommes se mirent particulièrement en évidence : Cosme Argerich (1822) et le Professeur J.-M. Fernández de Agüero (1824). Les premiers, ils recueillirent et diffusèrent, du haut de leur chaire, les idées de Pinel et de Cabanis. Diego Alcorta, disciple du D<sup>r</sup> Argerich, fit une thèse sur *La Manie*, laquelle doit être considérée comme la première monographie écrite en Argentine. Elle constitue l'unique travail de l'auteur.

Cosme Argerich commença en 1822 l'enseignement de la psychiatrie dans le pays, enseignement plus passager que direct, puisqu'il était en même temps Professeur d'« Institutions Chi-

rurgicales ». D'autres le suivirent qui communiquèrent quelques notions rudimentaires sur la matière. Bientôt s'occupèrent de psychiatrie les Professeurs : Nicanor Albarelllos, Francisco-J. Muñiz et, du haut de la chaire de Médecine légale, Eduardo Wilde (1875-1881), M. Blancas (1882-1885), Eduardo Pérez (1890-1900), Francisco de Veyga (1900-1911). Ce dernier commença les études de psychopathologie médico-légale. Cavia (1911-1924) et Nerio Rojas depuis 1924.

En 1886, l'enseignement de la pathologie mentale fut confié aux soins du Directeur de l'Hospicio de las Mercédès, le D<sup>r</sup> Lucio Meléndez. Celui-ci conserva la chaire jusqu'en 1892 et fut remplacé par son disciple et collaborateur, Domingo Cabred. A son tour, en 1922, Cabred laissa sa place à José-T. Borda, qui en resta titulaire jusqu'en 1931. La chaire est occupée, depuis cette époque, par le D<sup>r</sup> Arturo Ameghino et est devenue dernièrement l'Institut de Psychiatrie.

Les premières publications de psychiatrie furent certaines thèses de doctorat, dont la plus ancienne date de l'année 1830. En plus de ces thèses, parmi toutes les études de psychiatrie publiées en Argentine, il importe de souligner en particulier les travaux d'Albarelllos, Mallo, E. Wilde, S. Gache, Lucio Meléndez, José-M. Ramos Mejía et José Ingenieros ; tous ont précédé la génération actuelle. Aujourd'hui, les travaux de psychiatrie, sous forme de livres, n'abondent pas. Ces travaux se trouvent plutôt dans des articles des Revues. Ceux qui s'adonnent à cette science forment maintenant une pléiade assez nombreuse. Leur activité se reflète principalement dans : *Criminologie et Psychiatrie* (qui a succédé à la revue de *Criminologie, Psychiatrie et Médecine Légale*), que dirige le D<sup>r</sup> Osvaldo Loudet, Professeur de Psychiatrie à la Faculté de la Plata ; dans la *Revue Argentine de Neurologie et Psychiatrie*, organe officiel de la Société de Neurologie, Psychiatrie et Spécialités connexes, de Rosario, fondée par le Professeur Téodoro Fracassi et dirigée par le Professeur Demétrio E. García ; dans *Index, Revue ibéro-américaine d'Analyses bibliographiques de Neurologie et Psychiatrie*, publiée par Roque Orlando ; dans les *Archives de Médecine Légale*, de même que dans la *Revue de l'Association Médicale Argentine*, *La Semaine Médicale*, *La Presse Médicale Argentine*, etc... L'orientation scientifique et méthodologique est éclectique ; on suit en général l'orientation de l'école française, mais il est facile de percevoir aussi l'influence de plus en plus intense des écoles allemande, suisse, italienne, etc.. Parmi les livres publiés, mentionnons : *Psychiatrie*

*Médico-Légale* (1932), de Nerio Rojas, et *Les Expertises Médico-Légales sur les Aliénés* (1929), d'Alejandro Raitzin.

POPULATION D'ALIÉNÉS. — L'année 1810, la ville de Buenos-Aires et ses environs, sur une population de 100.000 habitants, comptaient à peu près 200 aliénés, ce qui donne une proportion de 2 0/00. Le recensement de 1869 révéla qu'il existait, en Argentine, 1.800.000 habitants, dont 4.003 aliénés (2,3 0/00) et 4.123 retardés (2,4 0/00). Sur ces 4.003, se trouvent 1,54 0/00 de femmes et 2,37 0/00 d'hommes. Parmi les retardés, 1,29 0/00 étaient du sexe masculin et 1,98 0/00 du sexe féminin.

Au cours du recensement de 1914, on ne compta pas le nombre exact des aliénés du pays, mais, d'après la population existante (8.000.000 d'habitants) et des renseignements dignes de foi, le nombre de malades atteignait 14.000, ce qui fait une proportion de 1,26 0/00. En l'année 1920, on calculait qu'il y avait 15.000 aliénés et 10.400 retardés, donnant, sur 8.000.000 d'habitants, le pourcentage suivant : 1,85 0/00 d'aliénés et 1,30 0/00 de retardés. Actuellement, on calcule qu'il existe plus de 24.000 aliénés, avec la proportion de 2 0/00 sur une population de 12.300.000 habitants. Les retardés sont probablement environ 14.000, nombre calculé, d'accord avec la proportion de l'année 1920.

15.000 aliénés seulement sont hospitalisés dans les différents établissements du pays : Hospicio de las Mercedès, Hôpital National d'Aliénés, Hôpital Melchor Romero, Colonie Nationale d'Aliénés du Dr D. Cabred, Asile-Colonie Mixte de Oliva, Hôpital d'Aliénés de Rosario, Asile-Colonie Mixte de Retardés à Torres, et en plus une douzaine de Sanatoriums particuliers.

La statistique de l'Hospicio de las Mercedès, correspondant à l'année 1933, donne une proportion de 45,35 0/0 d'Argentins et de 54,65 0/0 d'étrangers, entrés au cours de cette même année. Parmi les étrangers, 47,39 0/0 sont de provenance américaine et 52,60 0/0 de provenance européenne. La statistique de l'année 1932, de la Colonie Nationale d'Aliénés Dr D. Cabred, donne, à son tour, 46,62 0/0 d'Argentins et 53,38 0/0 d'étrangers. Celle de la Colonie Mixte d'Aliénés à Oliva, Province de Córdoba, donne, en 1935, le résultat suivant : 56,9 0/0 d'Argentins et 43,1 0/0 d'étrangers. Des 1.775 malades internées à l'Hospice National d'Aliénées, au cours de l'année 1934, 937 étaient Argentines et les autres étrangères ; ce qui fait une proportion de 47,3 0/0 et de 52,7 0/0, respectivement.

Le prix quotidien, pour l'entretien de chaque malade à l'Hos-



picio de las Mercédès, fut de 1 peso 70 en 1933 ; à la Colonie Nationale d'Aliénés D<sup>r</sup> D. Cabred, en 1931, de 2 pesos 39 pour les pensionnaires et de 1 peso 39 pour les indigents ; à la Colonie Mixte d'Aliénés de Oliva, en 1935, de 0 peso 84.

La classification de psychiatrie adoptée en général est celle du D<sup>r</sup> José-T. Borda, mais son critère par trop taxonomique a de plus en plus tendance à être mis de côté sous l'influence des doctrines constitutionnelles et psychologiques modernes.

L'HYGIÈNE MENTALE. — L'activité psychiatrique extra-hospitalière, de prophylaxie, de divulgation scientifique et de protection aux convalescents, s'organise systématiquement et selon les règles données par les pays plus avancés.

Le pays compte encore peu d'institutions destinées à l'amélioration de l'assistance aux aliénés ; il en est cependant plusieurs qui donnent entière satisfaction sur ce point, tels les consultations externes, les dispensaires, etc... Font encore défaut les patronages d'aliénés et surtout une loi nationale, qui prévoit toutes les questions ayant trait au régime et à l'assistance des aliénés.

La Ligue Argentine d'Hygiène Mentale a pris à charge, d'une façon particulière, l'action para-hospitalière en faveur de ces organisations, réclamées en vue des secours donnés aux névropathes et aux malades du cerveau. Grâce aux démarches du Professeur Gonzalo Bosch, à la présidence de la Ligue Argentine d'Hygiène Mentale, il existe, depuis l'année 1934, une Ecole de visitatrices sociales d'hygiène mentale. La Ligue Argentine d'Hygiène Mentale fut fondée en 1930 ; déjà, elle possède une filiale à Rosario de Santa-Fé, et vient de fonder également des comités régionaux à Salta et à Jujuy. Au cours des années passées, le travail de divulgation scientifique et de prophylaxie fut surtout réalisé par l'ancienne et déjà caduque Ligue Antialcoolique, qui reçut en son temps force et vitalité de feu le D<sup>r</sup> Cabred.

Sur un plan strictement scientifique, travaillent la Société de Psychiatrie et Neurologie, la Société de Psychologie de Buenos-Aires, la Société Argentine de Criminologie, les conférences organisées par les corps de médecins de plusieurs asiles, colonies et hôpitaux, etc., lesquels possèdent généralement leurs organes propres de publicité.

En ce qui concerne les institutions pour anormaux de conduite et de caractère, il existe en Argentine, pour les mineurs abandonnés et délinquants : l'Asile-Colonie pour Mineurs, à Olivera.

la Colonie-Foyer Ricardo Gutiérrez, à Marcos-Paz, etc... Cette dernière a une organisation de type familial qui supporte la comparaison avec les meilleures de ce genre du monde entier. En 1919, fut promulguée la loi spéciale sur l'enfance abandonnée et délinquante. Le D<sup>r</sup> Carlos de Arénaza se distingue parmi les promoteurs de l'amélioration des institutions d'orthopédie mentale des mineurs égarés.

## BOLIVIE

HISTOIRE DE L'ASSISTANCE AUX ALIÉNÉS. — Au cours des premières années de son indépendance, de même qu'à l'époque coloniale qui la précéda, la Bolivie n'avait, pour ses aliénés, aucun établissement spécial. Les uns devaient rester à leur propre domicile, les autres étaient conduits dans les hôpitaux ordinaires. A Sucre, jusqu'à ces dernières années, existait, placée contre la partie arrière de l'« Hôpital Santa-Bárbara », une section où l'on recevait les aliénés dangereux ; là se trouvaient, comme un souvenir des temps passés, plusieurs cachots, ornés de gros anneaux de fer, enchâssés dans les dalles et dans les murs, pour maintenir les agités à l'aide de chaînes et de cordes.

En 1863, lors de la fondation de la Société Humanitaire de Saint-Vincent-de-Paul, en Bolivie, un industriel philanthrope, M. Gregorio Pacheco, ajouta quelques constructions, à la section nommée plus haut, en vue de soulager un peu la situation des aliénés. Vingt ans plus tard, il commença l'œuvre de l'Asile d'Aliénés qui porte son nom. L'entretien de cet asile fut confié aux soins de l'Etat, qui lui assigna à peine une subvention de 4.000 boliviens et le déclara de caractère national. Là commencèrent à affluer les aliénés venant des régions les plus éloignées du pays. A partir de l'année 1884, les femmes occupèrent la partie antérieure et les hommes la partie postérieure de l'édifice.

Le premier médecin de l'établissement fut Nicolás Ortiz ; il eut pour successeurs un médecin âgé, Nicolás Matienzo, de 1859, et Tristan Careaga ; ce dernier eut la direction des deux asiles d'aliénés pendant un quart de siècle (1895-1920). En 1923, comme le nombre des malades dépassait la capacité du nouveau local, les femmes furent transférées à la section des anneaux et l'on vit se reproduire les épouvantables tableaux du passé. C'est alors qu'eut lieu un intense mouvement de la population de Sucre, réclamant la construction d'un nouvel Asile d'Aliénés pour femmes. Cet établissement fut entrepris

et terminé grâce à une collecte générale. Ainsi fut rapidement inauguré le nouvel Asile construit sur le modèle de pavillons ouverts, entourés de jardins et doté d'un domaine pour les travaux agricoles.

Malheureusement, un projet de construire un Asile à la Paz n'a pas abouti jusqu'ici.

ENSEIGNEMENT ET PRATIQUE DE LA PSYCHIATRIE. — Ce fut Nicolás Ortiz, médecin de l'Asile d'Aliénés Pacheco, qui inaugura en 1898 un cours de psychiatrie à la Faculté de Médecine : il doit donc être considéré le premier spécialiste de la psychiatrie en Bolivie. Cependant, il n'y a pas encore de spécialistes de psychiatrie dans le vrai sens du mot, puisque ce sont les médecins généraux qui exercent les charges de médecin d'Asile et qui exercent occasionnellement la psychiatrie.

L'enseignement de la médecine mentale n'a pas d'attrait pour les élèves et n'obtient guère les faveurs de la Faculté. Malgré les efforts des professeurs titulaires de la chaire : Nicolás Ortiz, Armando Solares Arroyo, Jenaro Villa Echazú, Jaime Mendoza, la situation ne s'est pas beaucoup modifiée.

Dans des conditions si peu favorables, la publication de travaux scientifiques est donc presque nulle et se réduit à quelques articles parus dans la « Revista Médica de Sucre » et la « Revista Universitaria ». A part de rares travaux originaux, elle consiste en des thèmes de vulgarisation ou des rapports de psychiatrie médico-légale. Nous pouvons citer, parmi les premiers, les diverses publications de Jaime Mendoza sur « Le Trépied Psychique », ainsi que son livre psycho-pédagogique, « El Niño Boliviano ».

POPULATION D'ALIÉNÉS. — Il est difficile de se rendre compte, même approximativement, du nombre des malades mentaux en Bolivie. Il n'y a de statistique que pour les malades internés dans les asiles : 230 environ, soit 0,05 0/00 de la population totale (4 millions), ce qui constitue un pourcentage infime de malades assistés. Deux raisons expliquent cet état de choses : l'une, c'est que les asiles se trouvent à Sucre, ville éloignée des centres populeux, ce qui fait que tous les malades ne peuvent pas y être envoyés ; l'autre est le grand pourcentage d'Indiens parmi lesquels la folie, sans aller jusqu'à l'affirmation du chroniqueur espagnol Calancha (1638), qui disait : « Il n'y a pas d'Indien qui soit fou furieux », s'observe ou se reconnaît plus rarement.

De 1891 à 1893, le total des aliénés internés fut de 100, nombre qui se maintint pendant trente ans avec de légères variations. La statistique de 1925 (Jaime Mendoza) est la suivante :

*Mouvement des malades en 1924*

Reliquat de 1923 .....	107
Admissions en 1924 .....	48
Bulletins de sortie en 1924 .....	18
Evasions en 1924 .....	3
Décès en 1924 .....	17
Nombre de malades actuels .....	112
Hommes .....	61
Femmes .....	51

*Diagnostics*

Démence précoce .....	32
Epilepsie .....	21
Psychose maniaco dépressive .....	7
Manie chronique .....	6
Idiotisme .....	6
Démence secondaire .....	5
Paranoïa .....	5
Dégénérescence mentale .....	5
Confusion mentale .....	3
Crétinisme .....	2
Chorée de Huntington .....	1
En observation .....	3
Sans aliénation .....	14

*Lieux de provenance*

Chuquisaca .....	40
Potosí .....	27
Cochabamba .....	16
Santa Cruz .....	8
La Paz .....	7
Tarija .....	7
Oruro .....	3
Beni .....	1

*Etrangers :*

Algérie .....	1
Chili .....	1
France .....	1

Le mouvement des aliénés, de l'année 1925 jusqu'à 1937, est le suivant :

Hommes (service de M. Montero)

*Mouvement des aliénés de 1925 à 1935*

Année	Total	Guéris	Morts	Evadés
1925	76	7	4	4
1926	90	12	8	4
1927	89	14	5	0
1928	102	3	18	1
1929	79	9	12	3
1930	83	8	3	9
1931	104	8	9	2
1932	116	3	11	4
1933	131	7	7	3
1934	111	13	9	5
1935	137	22	10	4

*Pourcentage par races*

Race blanche .....	20 %
Race métisse .....	45 %
Race indigène .....	35 %

*Coût de la vie* : l'entretien journalier de chaque malade revient à 2 bolivianos 52.

Femmes (service du D<sup>r</sup> Walter Villafani)

La moyenne des malades internées entre 1929 et 1932 est de 94 par an. Celle de 1932 à 1936 est de 98.

*Pourcentage par races*

Race blanche .....	20 %
Race métisse .....	60 %
Race indienne .....	20 %

Le coût d'entretien journalier est de 0 bolivianos 85.

Nous ne donnons pas la classification employée du fait qu'elle ne correspond à aucune de celles aujourd'hui en cours.

Il faut cependant faire remarquer l'apparition de nombreux cas de « psychose de guerre » pendant la guerre du Chaco.

L'HYGIÈNE MENTALE, de même que la prophylaxie du délit et l'assistance aux mineurs, ne sont pas organisées et ne peuvent



encore compter sur les institutions officielles ou privées. On remarque toutefois un effort qui se manifeste par des articles, des conférences, etc., en vue de commencer une campagne d'hygiène mentale.

## BRÉSIL

HISTOIRE DE L'ASSISTANCE AUX ALIÉNÉS. — Après la conquête et par suite de la pénétration portugaise dans les divers centres du pays, les « Casas de Misericordia », à l'instar des « Hôtel-Dieu » français, furent installées, grâce aux soins et au dévouement des missionnaires. Les aliénés y étaient gardés, à cette époque, avec d'autres malades, ou bien enfermés dans les prisons ou chez eux.

A Rio-de-Janeiro, les aliénés étaient assistés, jusqu'à la première moitié du XIX<sup>e</sup> siècle, à la « Santa Casa de Misericordia », fondée en 1582, par le Père Anchieta, pour recevoir les équipages de l'escadre de Diego Valdez, qui étaient décimés par une terrible épidémie. En 1830, Jobim et Sigaud, et en 1839, De Simoni, entreprirent une campagne avec le concours de la « Sociedade de Medicina e Cirurgia » et de la « Revista Medica Fluminense », dans le but de faire un « Manicomio » (Asile d'aliénés). Cette campagne aboutit car, en 1841, sur l'initiative de José-Clément Pereira, pourvoyeur de la Santa Casa, l'Empereur du Brésil donnait l'ordre de faire bâtir l'« Hospicio Pedro II ». En 1842, José da Cruz Jobim, Professeur de Médecine Légale et Directeur de la Faculté de Médecine, était nommé Médecin de l'Hospice ; ce fut le premier médecin spécialement désigné pour traiter les aliénés.

Le 5 décembre 1852, eut lieu l'inauguration de cet Hospice. Son architecture sévère, ancienne, en même temps qu'admirable, existe encore et fait actuellement partie de l'hôpital psychiatrique. A la même époque, les « Statuts de l'Hospice », largement inspirés de la loi française de 1838, furent approuvés par un décret impérial et l'on peut considérer ceux-ci comme la première loi brésilienne d'assistance aux aliénés. Le témoignage de l'aliéniste français, Philippe Rey, nous donne une idée de ce qu'était alors cet hospice. En 1875, après un voyage dans divers pays d'Europe et d'Amérique, il écrivait : « Ainsi qu'on a pu en juger par cet exposé, le Brésil a beaucoup fait pour ses aliénés ; sa capitale possède un asile qui, malgré ses imperfections, peut être envié par plus d'une grande ville d'Europe. Bien des asiles, en Italie, pour ne parler que de ceux que nous

avons eu l'occasion de visiter, notamment ceux de Milan, de Florence et de Rome, sont loin de pouvoir être comparés à l'Hospice Pedro II. » Ensuite, se référant aux traitements en usage, il ajoute : « Enfin, les aliénistes du Brésil savent que le travail bien organisé est la base même du traitement des malades atteints d'aliénation mentale. » (*Ann. Méd. Psych.*, 1875).

Après la chute de la monarchie, la République crée l'Assistance Médico-Légale des Aliénés et donne, en 1890, une nouvelle loi d'assistance. L'Hospice de la « Santa Casa » est séparé et des Hospices similaires sont contruits simultanément dans les autres Etats.

En 1852, a lieu l'inauguration de l'Hospice de « Sao João » à Sao-Paulo, lequel, grâce au dévouement et au détachement de ses administrateurs, les Alvarenga, répond à son but. En 1898, l'Hospice de Juquéry, où sont installés les services d'assistance de l'Etat, est également inauguré grâce aux efforts de Franco da Rocha. L'inauguration de l'Asile de Tocunduba au Pará se fait en 1875, mais cet établissement, manquant de place, fut transféré à Marco da Legua en 1892. En 1874, on fait construire à Bahia l'Asile de « San Juan de Dios ». A Rio-Grande, l'inauguration de l'asile « San Pedro » a lieu en 1879. Enfin, en 1883, Pernambuco a son asile de Tamarineira.

Il est cependant nécessaire d'insister sur le fait que ce n'est qu'à partir de 1903 qu'est commencée une œuvre complète et réelle d'assistance, grâce à l'élan et sous la direction de Juliano Moreira, psychiatre de Bahia, nommé par la suite Directeur de l'Asile National de Rio-de-Janeiro. Cet aliéniste fit élargir l'asile, fonda, en 1911, deux Hôpitaux-Colonies : celui de « Engenho de Dentro » pour femmes et, en 1924, celui de « Jacarepaguá » pour hommes (qui, à juste titre, porte aujourd'hui le nom de « Juliano-Moreira »). Il fit construire également le « Manicomio Judiciario », organisa et donna plus d'ampleur à l'enseignement et à l'étude de la spécialité, formant ainsi une école d'où est sortie la génération actuelle d'aliénistes. En 1903, il fit la première loi fédérale d'assistance aux aliénés qui fut ensuite réformée en 1927.

A Sao-Paulo, Franco da Rocha inaugura, en 1908, le système d'assistance hétéro-familial, le premier dans son genre en Amérique du Sud. Au Pará, Azevedo Ribeiro organisa, au cours des années 1907-1909, le système de l'*Open Door*. Par la suite, ces mêmes institutions furent inaugurées et complétées à Minas Geraes, à Rio Grande de Sud, à Pernambuco, à Paraíba, etc., etc.

En ce moment, l'effort enthousiaste des aliénistes tend à améliorer et à moderniser de plus en plus les divers services d'assistance et à les rendre tout particulièrement uniformes dans toute la république, dont la forme fédérative laisse à chaque Etat la liberté d'organiser l'assistance aux aliénés avec tous les inconvénients que l'on peut imaginer. Actuellement, c'est l'Etat qui a pris la direction uniforme de l'assistance, d'accord avec la loi fédérale en vigueur. Cette assistance a été confiée au Département d'Assistance des Psychopathes créé en 1937 (sous la direction de Waldemiro Pires) et qui dépend du Ministère de la Santé Publique.

ENSEIGNEMENT ET PRATIQUE DE LA PSYCHIATRIE. — D'après nos informations, José Pereira das Neves serait le premier spécialiste brésilien ; il fut désigné, en 1845, pour aller étudier en Europe le traitement des aliénés. A son retour, en 1852, il fut nommé médecin de l'Hospice Pedro II. L'enseignement de la psychiatrie ne commence que beaucoup plus tard et cependant les Facultés de Médecine de Rio et de Bahia existaient déjà depuis 1832 et l'on y avait présenté quelques thèses sur l'aliénation, dont la première fut celle de Luiz de Silva Peixoto en 1837. En 1887, la chaire de Clinique psychiatrique et maladies nerveuses est créée à la Faculté de Rio-de-Janeiro. Le premier titulaire fut Nuno de Andrade qui, à cette époque, était Professeur de Clinique médicale et aliéniste de l'Hospice Pedro II. Par la suite, il fut remplacé par le Professeur de Médecine Légale, Souza Lima. En 1883, après un concours spécial, Teixeira Brandao est nommé, puis, en 1887, il prend également la direction de l'Hospice. Il peut être considéré comme le fondateur de la psychiatrie scientifique au Brésil, car il fut l'initiateur des premiers travaux de psychologie expérimentale, publia de nombreux travaux, forma une école de laquelle sortirent ses continuateurs, Marcio Nery, prématurément disparu, et Enrique Roxo, titulaire de la chaire depuis 1922, époque à laquelle celle-ci se dédoubla avec la création de la chaire de Neurologie, qui fut confiée au fondateur de la neurologie brésilienne, le Professeur Antonio Austregesilo.

Cette chaire fut également créée à la Faculté de Bahia, le premier titulaire étant Augusto Maia Bittencourt. Plus tard, la création de nouvelles Facultés de Médecine donne lieu à l'installation des chaires de Psychiatrie et de Maladies nerveuses qui, par la suite, se dédoublèrent en deux chaires différentes : de Neurologie et de Psychiatrie.

C'est ainsi que le Brésil a aujourd'hui dix Facultés de Médecine, dont les titulaires de Clinique Psychiatrique sont :

- I. — Faculdade Nacional de Medicina de Rio : Henrique Roxo.
- II. — Faculdade de Sao Paulo : A.C. Pacheco é Silva.
- III. — Faculdade de Minas Gerais : Ermelindo López Rodriguez.
- IV. — Faculdade de Bahia : Mario Leal.
- V. — Faculdade de Niterói : Heitor Carrilho.
- VI. — Faculdade de Recife : Alcides Codeceira.
- VII. — Faculdade de Pará : Porto de Oliveira.
- VIII. — Faculdade de Paraná : Aló Guimeraes.
- IX. — Faculdade de Porto Alegre : Luis Guedes.
- X. — Escola de Medicina y Cirurgia de Rio de Janeiro : Plinio Olinto.

En outre, le régime des « privat docent » a été institué depuis quelques années : ceux-ci donnent des cours libres et des cours officiels, ce qui contribue à diffuser largement l'enseignement de la psychiatrie au millier de médecins qui sortent, tous les ans, des Universités, pourvus ainsi d'un bon bagage de connaissances de clinique mentale. Ces chaires n'assurent seulement pas l'enseignement de clinique, elles préparent aussi des spécialistes pour les asiles et encouragent et développent la recherche scientifique. Les grands foyers de culture de Rio-de-Janeiro et de Sao-Paulo doivent être cités, car le fonctionnement de ses chaires se fait dans de modernes Instituts de Psychiatrie, installés d'après les plus récentes acquisitions en cette matière.

A la demande de Juliano Moreira, la « Sociedade Brasileira de Neurologia, Psiquiatria, e Medicina Legal » fut fondée, il y a 30 ans, à Rio ; elle a eu une influence prépondérante dans le développement de la spécialité, en lui donnant ses bases scientifiques, renouvelant constamment ses fondements doctrinaux, stimulant, de cette façon, le développement culturel. Grâce à elle, les courants scientifiques dominants : français, allemands, et, à un moindre degré, italiens, se sont peu à peu cristallisés dans des conceptions mixtes et éclectiques, de caractère brésilien. L'organe officiel de la société est la première revue de la spécialité : « Arquivos Brasileiros de Neuriatria e Psiquiatria », dans laquelle on trouve une bonne partie de la production scientifique. Cette société a favorisé la réunion de divers Congrès, dont l'un continental, de même que l'interchange de spécialistes, et invita, en 1932 et 1933, Alfons Jakob et Spielmayer qui organisèrent, avec succès, un cours spécial.

Il existe actuellement d'autres sociétés scientifiques, dont les activités témoignent du développement de la spécialité :

- I. — A Porto Alegre : « La Sociedade de Criminologia, Medicina Legal e Psiquiatria ».
- II. — A Belo-Horizonte (Minas Geraes) : « Sociedade de Psiquiatria, Neurologia, e Medicina Legal ».
- III. — A Bahia : « Sociedade de Neurologia Psiquiatria e Medicina Legal ».
- IV. — La « Sociedade de Psiquiatria, Neurologia e Higiene Mental del Nordeste ».
- V. — A Sao Paulo : La « Sección de Neuro-Psiquiatria de la Asociación Paulista de Medicina ».

Les chaires et les sociétés que nous venons de signaler, ainsi que d'autres établissements d'assistance, favorisent l'essor scientifique et donnent lieu à une abondante et assez dense production psychiatrique qui a une triple orientation : didactique, culturelle et scientifique. Cette production paraît, dans plusieurs revues spécialisées. En plus de « Arquivos Brasileiros de Neuropsiquiatria », la plus ancienne et la plus importante, comme nous l'avons déjà dit, il faut citer : « Neurobiologia », de Recife ; « Revista de Neurologia e Psiquiatria », de Sao-Paulo, fondée et dirigée par James Ferraz Alvim ; « Annaes da Assistencia á Psicopatas » du district fédéral ; « Annaes da Colonia de Psychopathas Gustavo Riedel », également du district fédéral ; « Arquivos da Assistencia General á Psicopatas do Estado de Sao-Paulo », suite des « Memorias do Hospicio de Juquery », fort connus. Quelques revues semblables apportent fréquemment leur collaboration psychiatrique : « Arquivos do Manicomio Judiciario do Rio-de-Janeiro » ; « Boletim da Liga Brasileira de Higiene Mental » ; « Boletim de Higiene Mental » de Recife ; « Arquivos de Assistencia Hospitalar de Minas Gerais » et « Boletim da Liga de Higiene Mental » de Sao-Paulo.

La production scientifique, sous forme de livres, est relativement rare, exception faite de collections de divulgation. On peut cependant citer : le « Manual de Psychiatria », de Henrique Roxo (1936), « L'Analyse Mentale en Clinique », de A. Austregesilo (1937), « Esquizofrenia », de Cunha López (1935).

SERVICES PSYCHIATRIQUES ET STATISTIQUE DES MALADES. — Il n'y a pas encore de statistique générale des aliénés. Le département d'assistance aux psychopathes, récemment créé, est chargé de régulariser les activités d'assistance dans l'Union : il



doit publier, en 1939, la première statistique complète. On peut évaluer, à ce moment, à 20.000 le nombre de malades internés, soit 0,5 0/00 du total de la population. Ce pourcentage peu élevé indique l'accroissement prochain de ce chiffre à mesure que le nouveau plan d'assistance se développe et que de nouveaux services soient créés pour augmenter la capacité de ceux qui sont actuellement surpeuplés. Des 20.000 malades que nous venons de mentionner, 3.600 sont à Rio-de-Janeiro ; 12.500 dans les 13 Etats qui ont donné des chiffres ; les 3.900 restants sont dans les autres Etats et dans les établissements particuliers.

Le budget global des Asiles (assuré par le gouvernement fédéral, par celui de chaque état et par les municipalités) est de : 30.000 « contos » (environ 60.000.000 de francs).

La valeur journalière d'hospitalisation est extrêmement variable d'un endroit à l'autre. D'après les derniers renseignements reçus de Rio-de-Janeiro (en mai 1938), la journée d'hospitalisation est : dans « l'Hôpital Psychiatrique », \$ 4.129 (\$ 1 = un mil-reis) ; à « l'Hôpital-Colonia Juliano Moreira », \$ 5.913 ; à la Colonie « Gustavo Riedel », \$ 6.406, et au « Manicomio Judiciario », \$ 11.468. Ce dernier, étant le plus petit (60 lits seulement), a le prix de journée le plus élevé.

A Sao-Paulo, Pacheco e Silva évaluait pour 1936 la journée d'hospitalisation à un peu moins de : \$ 5.000, ce qui fait, par an et par malade \$ 1.792.787.

Les 20.000 malades internés sont répartis dans 67 établissements dont 44 sont publics et 27 privés. Parmi les premiers méritent d'être mentionnés : ceux de Rio-de-Janeiro et celui de Sao-Paulo. La capitale est desservie par quatre établissements : l'Hôpital psychiatrique, destiné aux malades aigus, possède deux services annexes complémentaires, l'Institut de Neuro-Syphilis et un service pour anormaux ; la « Colonia Gustavo Riedel » pour femmes ; l'Asile « Colonia Jacarepagua » pour hommes et le « Manicomio Judiciario ». C'est à Sao-Paulo que se trouve « l'Hospicio Juquery » bien connu, qui est composé d'un Hôpital Central, de six Colonies, d'une Ecole pour anormaux et du « Manicomio Judiciario » ; toutes ces constructions sont récentes et leurs installations sont magnifiques. De plus, Sao-Paulo compte les Hôpitaux psychiatriques « da Penha » et « das Perdizes ». Il convient de citer aussi les services d'assistance de : Pernambuco, Belo-Horizonte (Minas Gerais) et Porto-Alegre, également modernes et bien installés.

La classification suivie jusqu'à ces derniers temps était celle proposée par la « Sociedade Brasileira de Neuriatria e Psiquia-

tría », préparée par une commission formée par Moreira, Austraesilo, Roxo, Eiras et Afranio Peixoto. Tout dernièrement, et afin de rendre uniformes les statistiques, le Département d'Assistance aux Psychopathes a adopté la classification spécialement faite par Waldemiro Pires et Heitor Peres ; c'est elle qui régit depuis 1938.

*Classification adoptée par le département d'Assistance  
aux psychopathes*

- I. — Psychoses infectieuses.
- II. — Psychoses auto-toxiques.
- III. — Psychoses hétéro-toxiques.
- IV. — Schizophrénies.
- V. — Paraphrénies et délires chroniques, hallucinatoires.
- VI. — Paranoïa.
- VII. — Psychose maniaco-dépressive.
- VIII. — Psychoses d'involution (sénile et pré-sénile).
- IX. — Psychoses par affections cérébrales (traumatismes, artérioclérose, affections organiques du système nerveux).
- X. — Neuro-syphilis (syphilis cérébrale, psychoses tabétiques).
- XI. — Paralysie générale.
- XII. — Epilepsies.
- XIII. — Psycho-névroses.
- XIV. — Personnalités psychopathiques.
- XV. — Oligophrénies.
- XVI. — Sans diagnostic exact.

HYGIÈNE MENTALE. — L'hygiène mentale, avec ses larges perspectives, a été dûment envisagée par les aliénistes brésiliens. L'appui décidé qu'elle a eu de l'Etat a permis de lui donner une vigoureuse impulsion et de la mettre en pratique sur une grande échelle. La meilleure preuve à l'appui est que Rio-de-Janeiro a été, en 1935, le siège de la première Conférence Inter-Américaine d'Hygiène Mentale, organisée par la Ligue Brésilienne, et sera de nouveau le siège de la prochaine Réunion Internationale d'Hygiène Mentale, qui aura lieu en 1940, ses animateurs sont Pacheco e Silva et Plinio Olinto.

C'est sur l'initiative de Gustavo Riedel que « La Liga Brasileira de Hygiène Mentale » fut fondée en 1923 et, grâce à elle, s'organisa, d'une façon définitive, la noble tâche d'assurer la santé mentale des Brésiliens. Elle a augmenté et organisé la lutte antialcoolique, suggéré et imposé la création de dispensaires psychiatriques ambulants, des hôpitaux ouverts (genre Hôpital Henri-Rousselle). Grâce aux efforts de G. Riedel, en 1928, la « Colonia

Engenho de Dentro », de Rio, qui porte aujourd'hui son nom, s'est transformée en un organisme type constitué par : 1° un dispensaire psychiatrique avec clinique spécialisée et laboratoires annexes ; 2° un service libre d'hospitalisation et 3° un service social. Il avait, en outre, un Institut de Psychologie et une Section de Visiteuses Sociales. Cet organisme a servi de modèle à d'autres installés dans les grands Etats : Sao-Paulo, Minas Geraes, Estado de Rio et Pernambuco.

Il existe, en plus de la Liga Brasileira, les institutions suivantes qui ont le même but : « Liga Paulista de Higiene Mental » (Sao-Paulo) ; « Liga de Higiene Mental de Pernambuco » (Recife) ; « Liga Bahiana de Higiene Mental » (Bahia) ; « Liga Alagoana de Higiene Mental de Maeció ». Le problème médico-pédagogique, sous ses différents aspects, est l'objet d'efforts et d'études qui se font dans diverses institutions, parmi lesquelles on peut citer : à Rio, l' « Institut de Biologia Infantil », pour l'étude intégrale de l'allaitement, créé sur l'initiative du Tribunal de Mineurs, et le « Servicio d'Ortophrénia et Hygiène Mental », dépendance de l'Institut de Recherches Educationnelles, compte avec quatre écoles expérimentales.

Dans le même but a été créée, à Sao-Paulo, l'Ecole Maternelle pour enfants débiles (physiquement et mentalement). A Recife, on bâtit en ce moment un Institut pour anormaux, pour l'enfance abandonnée ou délinquante.

La prophylaxie du crime est également cultivée et développée, grâce aux efforts des Sociétés de Criminologie et aux spécialistes des pénitenciers et des asiles judiciaires des grandes villes. Un nouveau Code Pénal, où l'on envisage tous les aspects de ce problème complexe, doit être incessamment promulgué.

Les questions concernant les vocations ont été également étudiées, celle de la sélection professionnelle, de même que les problèmes que posent le chômage, la misère, la mendicité, pour lesquels on dispose d'un service compétent de visiteuses sociales. La psychiatrie sociale est, sans aucun doute, une réalité au Brésil.

Enfin, la « Comision Centrale Brasileira de Eugenia » lutte en ce moment pour une sélection raciale biologique. Il convient de rappeler à ce sujet le dernier décret du gouvernement en date du 20 août 1938, orienté vers le même but, réglant l'immigration, imposant les mesures nécessaires de défense économique, ethnique, culturelle, politique, sociale et sanitaire. Les derniers points de ce décret-loi sont des mesures de saine prophylaxie mentale, soigneusement étudiées par le Département

d'Assistance aux psychopathes en vue de défendre également le budget national, car le pourcentage des étrangers internés dans les asiles est élevé, comme en fait foi la dernière statistique de Rio-de-Janeiro, où le chiffre d'étrangers internés en 1937 s'élevait à plus du 20 0/0 du total des aliénés internés.

## CHILI

HISTOIRE DE L'ASSISTANCE AUX ALIÉNÉS. — On peut dire qu'au Chili l'histoire de l'assistance aux aliénés commence avec la fondation de la « Casa de Orates » (Maison de fous), le 8 août 1852. L'Intendant de la province de Santiago, Lieutenant-Colonel Francisco Angel Ramírez, procéda à cette date à l'ouverture du premier asile d'aliénés, qui fut appelé « Maison d'Orates de Notre-Dame des Anges ».

Au cours de l'époque précédente, les aliénés erraient à travers champs et villages ou étaient enfermés dans leurs maisons ou dans les hôpitaux. En petit nombre seulement, ceux qui appartenaient aux familles plus riches étaient envoyés à la Maison de Fous de Saint-André à Lima. Le premier malade entra à la Casa d'Orates le jour qui suivit sa fondation. La Casa d'Orates fut primitivement établie au faubourg de Yungay ; mais en octobre de l'année 1858, elle occupa la partie centrale du local où elle se trouve aujourd'hui, rue de Los Olivos. Plus tard, elle agrandit ses constructions, à mesure qu'augmentait le nombre des aliénés. A l'époque de l'ouverture du nouveau local, la Maison d'Orates de Santiago avait à peu près 100 malades.

Dès 1891, l'administration qui dépendait du Ministère de l'Intérieur passa aux mains du Comité de Bienfaisance et l'Asile d'Aliénés fut ainsi un hôpital de plus à charge du Comité qui exerce la tutelle de la plus grande partie des établissements d'assistance publique au Chili.

La Maison d'Orates, avec ses établissements annexes, a été l'unique institution pour secourir les aliénés au Chili, si l'on fait exception du laps de temps compris entre les années 1919 et 1926, époque où il existait un asile d'aliénés à Concepcion, l'Asile Avello, et qui pouvait recevoir près de 200 malades.

Parmi les institutions d'assistance aux aliénés dépendant de la Maison d'Orates, que l'on désigne aussi actuellement sous le nom d'Asile National d'Aliénés, il faut faire mention de l'Asile de Tempérance, destiné à la réclusion et à la rééducation des alcooliques ; il fut fondé vers la fin de 1925 et installé dans l'une des cours de la Maison d'Orates. Malheureusement, sa vie n'a

pas été très active et, aujourd'hui, il se trouve pratiquement fermé. On a l'intention de construire un institut pour toxomanes.

En 1923, il a été établi, comme annexe à l'Asile d'Aliénés, une Colonie Agricole, « La Quinta Bello », où se trouvent internés quelques 200 malades et sur lesquels on exerce une thérapeutique à base de travaux manuels. En 1926, on a ajouté à cette Colonie un pavillon pour enfants aliénés.

En 1928, on acheta également la propriété « El Peral », aux environs de Santiago, en vue d'y établir l'*Open Door*, les plans pour y construire l'asile définitif d'aliénés sont complètement fixés. En même temps, il existe un projet de laisser à Santiago l'Hôpital des Malades à l'état aigu ou Hôpital de psychiatrie, où l'on ferait la sélection des malades qui doivent entrer à l'*Open Door*. Jusqu'à présent, deux pavillons seulement ont été construits et reçoivent 700 malades. 40 0/0 environ de ces derniers s'occupent aux travaux agricoles. L'*Open Door* fournit une grande partie des produits alimentaires pour l'approvisionnement total de la Maison d'Orates.

Nous devons ajouter que la Bienfaisance projette la construction de deux ou trois nouveaux asiles d'aliénés dans le Nord et le Sud du Chili.

Il faut enfin mentionner les Sanatoriums particuliers de Santiago, dont l'existence remonte seulement à l'année 1920 et qui n'ont pas eu au Chili un grand développement. Ceux qui existent actuellement peuvent recevoir au maximum 250 malades.

En résumé, nous pouvons dire que l'assistance aux aliénés comprend les établissements suivants : L'Asile National d'Aliénés, formé par la Maison d'Orates, proprement dite, par la Colonie Agricole de la Quinta Bello (200 malades) et l'*Open Door* de « El Peral » (700 malades), et par environ dix petits Sanatoriums particuliers.

ENSEIGNEMENT ET PRATIQUE DE LA PSYCHIATRIE. — Le 13 novembre 1854, le Dr Laurent Sazie, français de nationalité, fut désigné pour assister les malades de la Maison d'Orates ; il exerça sa charge jusqu'à sa mort, survenue en 1865, mais il ne fut pas, à proprement parler, un spécialiste en psychiatrie. Cette spécialité fait sûrement ses débuts avec M. Ramón Elguero, argentin, qui fut professeur de pathologie interne à l'Ecole de Médecine et aliéniste de la Maison d'Orates, de 1860 à 1874. Le premier, il fit, au Chili, un cours de psychopathologie. Il est donc le précurseur de la chaire de psychiatrie dans ce pays. En 1872, les



D<sup>rs</sup> Wenceslao Díaz, y Adolfo Valderrama furent nommés médecins de l'asile d'aliénés.

Mais la psychiatrie prend essor avec la désignation du Professeur Augusto Orrego Luco, pour occuper, en 1891, la chaire de Maladies mentales et nerveuses. Il avait été médecin pendant très peu de temps de l'asile d'aliénés, au cours de l'année 1874. Mais c'est à partir de 1891 qu'arrivent à leur plus haut degré ses travaux de psychiatrie, publiés alors qu'il avait la direction de l'Ecole de Médecine. Disciple d'abord, puis enfin suppléant de Elguero, Orrego est, en même temps que ce dernier, initiateur des études de psychiatrie et le fondateur des études et de l'enseignement de neurologie. Il fut un des plus grands professeurs et peut-être le plus brillant de l'Ecole de Médecine de Santiago. Il enseigna simultanément la neurologie et la psychiatrie.

Le Professeur Joaquín Luco, son propre disciple, lui succéda en 1906 et conserva les deux chaires jusqu'en 1925. A cette date, la neurologie et la psychiatrie se divisent définitivement entre plusieurs professeurs ; le Professeur Oscar Fontecilla obtint la chaire de Clinique psychiatrique. C'est avec la nomination de ce dernier que la psychiatrie obtient, au Chili, son plus grand développement. Il organisa, avec le D<sup>r</sup> Isaac Horvitz, le premier Congrès de spécialistes sud-américains, les Journées neuro-psychiatriques pan-américaines, dont la réunion eut lieu à Santiago en janvier 1937. Il mourut peu de temps après. Le D<sup>r</sup> Arturo Vivado O. prit la succession de sa chaire.

Parmi ceux qui ont étudié la psychiatrie, il importe encore de nommer : le D<sup>r</sup> Manuel Segundo Beca, qui fut médecin-chef de la Maison d'Orates en 1891 et qui releva la première statistique de l'aliénation au Chili ; le D<sup>r</sup> Jerónimo Letelier, qui exerça la même charge et contribua à introduire les plus modernes innovations dont dispose actuellement la Maison d'Orates. Celle-ci est en ce moment dirigée par les D<sup>rs</sup> Vivado et Elias Malbrán.

Le premier ouvrage psychiatrique est dû à Elguero ; ce sont les « Mémoires de la Maison d'Orates », correspondant aux années 1860-1862. Il faut ensuite considérer les travaux de Orrego Luco : « Mémoire sur les hallucinations », publié en 1873, « Une expérience sur le cerveau humain » (1879), « Névroses mimiques » (1879), « Notes sur le cerveau des criminels » (1880) et ses travaux sur les localisations cérébrales. Mais c'est avec le Professeur Fontecilla que la psychiatrie acquiert son plus grand élan. *La Clinique*, revue qu'il aida à fonder et qu'il maintint ensuite, publia beaucoup d'articles de neuro-psychiatrie dont un grand nombre furent écrits par lui. En 1935, il fonda l'unique

revue de neuro-psychiatrie du pays : la *Revue de Psychiatrie et de Disciplines Connexes*. Rappelons ses conférences sur l'hystérie, ses travaux sur l'automatisme mental, les nombreux articles et observations sur les thèmes de psychiatrie les plus divers, ses communications sur la classification uniforme des maladies mentales à la « Première Conférence de Neurologie, Psychiatrie et Médecine Légale », qui eut lieu à Buenos-Aires, et aux « Premières Journées de Neuro-Psychiatrie Pan-américaines », etc...

On peut dire que, en dehors des travaux du D<sup>r</sup> Fernando de Allende Navarro, disciple de von Monakow, les travaux de psychiatrie contemporaine se trouvent dans la *Revue de Psychiatrie et Disciplines Connexes* et sont exposés au cours des réunions de la Société Chilienne de Neurologie, Psychiatrie et Médecine Légale, qui ont lieu tous les quinze jours, durant neuf mois de l'année. Cette Société, fondée grâce à l'initiative du Professeur Fontecilla, a déjà sept ans d'existence.

LA POPULATION D'ALIÉNÉS. — Les statistiques des malades mentaux se réduisent pratiquement à celles de la Maison d'Orates, qui est le grand asile central d'aliénés du Chili. On peut calculer de 200 à 300 le nombre des malades qui ne passent pas par la Maison d'Orates pour être internés dans les Sanatoriums particuliers, ou provisoirement dans les hôpitaux de province. Il suffit de regarder la statistique qui suit pour se rendre compte que le nombre des malades de la Casa d'Orates a été en augmentation progressive depuis le moment de sa fondation à nos jours :

Année	Hommes	Femmes	Total
1852	10	13	23
1860	64	50	114
1870	179	131	310
1880	182	175	357
1890	344	301	645
1900	560	655	1.215
1910	795	944	1.739
1920	1.018	1.081	2.099
1930	1.455	1.587	3.042
1932	1.496	1.749	3.245
1934	1.402	1.761	3.163
1935	1.421	1.785	3.206
1936	1.372	1.800	3.172
1937	1.417	1.844	3.261

Le nombre des malades obtint journellement la moyenne suivante en 1937 : hommes : 1.394. Femmes : 1.822. Total : 3.216.

Ces malades peuvent être répartis de la manière suivante :

A l'état chronique .....	2.859, (1.182 hommes et 1.677 femmes),
A l'état aigu .....	341. ( 197 hommes et 144 femmes).
Asile de Tempérance .....	15. ( 15 hommes).

On considère que l'état des malades est chronique s'il a une durée de plus de trois mois. La dernière statistique publiée, celle de 1932, classifie les malades à l'état chronique comme il suit :

	Hommes	Femmes	Total
Psychoses infectieuses .....	3	7	10
Psychose maniaco-dépressive .....	54	115	169
Epilepsie .....	65	25	90
Psychoses organiques (démence traumatique, syphilis cérébrale, etc.) ..	20	13	33
Psychose d'involution .....	13	32	45
Psychoses toxiques .....	56	10	66
Délire chronique .....	27	28	55
Paralyse générale .....	49	8	57
Démence précoce .....	126	169	295
Oligophrénie et dégénérescence .....	63	24	87

Les indications de cette classification rudimentaire constituent pratiquement celle employée jusqu'à l'année 1936. Depuis 1937, l'Asile National d'Aliénés adopte la classification de l'Association Américaine de Psychiatrie, conseillée au cours de la Première Réunion des Journées de Neuro-Psychiatrie Pan-américaines.

Quant à la répartition selon les races, il semble qu'elle n'a pas grande importance au Chili puisque sa population est plus ou moins homogène. La proportion des Araucans, la race aborigène, est insignifiante. En ce qui concerne les étrangers, d'après la statistique de 1929, sur les 629 malades entrés durant l'année, 593 se trouvaient être Chiliens. Le nombre d'étrangers est probablement plus grand après 1929.

Le budget des entrées et des dépenses de l'Asile National d'Aliénés s'éleva, en 1935, à 1.006.917 pesos chiliens pour la section du pensionnat, en comptant en moyenne 435 malades par jour, et à 5.035.396 pesos pour la section générale des indigents avec 2.738 malades. La dépense quotidienne de subsistance par malade fut de 4,98 pesos pour les indigents et de 6,40 pesos pour les pensionnaires. En 1937, les prix furent les suivants : Pensionnaires, 6 pesos 36. Indigents, 5 pesos 76.

HYGIÈNE MENTALE. — Enfin, pour ce qui regarde l'hygiène mentale, l'œuvre de divulgation a été rudimentaire au Chili. On projette d'établir une chaire à l'Ecole d'Hygiène. De fondation récente, elle doit être inaugurée l'an prochain. Il existe une Section d'Hygiène Mentale à la Direction générale de Santé, à la charge du Ministère d'Hygiène Publique, dont l'action est, pour le moment, modérée. La diffusion la plus efficace est celle obtenue grâce aux cours de vulgarisation réalisés par le Dr Muñoz, à l'Université du Chili (cours d'été et d'hiver) ; il a pu ainsi constituer un Cercle d'Hygiène Mentale.

Parmi les publications relatives à l'hygiène mentale, il faut citer les travaux de la Clinique de psychiatrie de feu le Professeur Fontecilla, écrits à l'occasion de la « Première Conférence Latino-Américaine d'Hygiène Mentale », réunie à Rio-de-Janeiro en 1936 ; ces travaux furent publiés dans la *Revue de Psychiatrie et Disciplines Connexes*. Digne de mention est également le livre du Dr Baldomero Arce Molina : *Hygiène Mentale*, publié en 1937.

Parmi les institutions de prophylaxie, il importe de donner une place spéciale aux consultations externes de la Maison d'Orates, qui, pour le moment, réalisent un travail plutôt curatif que préventif ; il en est de même pour la Clinique de Conduite, sous la direction des Drs Guillermo Agüero, Luis Cúbillos et Alberto Gallinato ; elle dépend du Ministère d'Education et se trouve en relation avec l'Ecole Expérimentale de Développement pour l'éducation des enfants anormaux.

En ce qui concerne la Criminologie, on publia, en 1928, la loi sur l'enfance délinquante et abandonnée, qui entra en vigueur en 1929. L'Institut de Sciences Pénales a commencé à fonctionner en 1937.

#### COLOMBIE

HISTOIRE DE L'ASSISTANCE AUX ALIÉNÉS. — Il existe en Colombie, depuis fort longtemps, des établissements spéciaux où les aliénés, aussi bien hommes que femmes, sont isolés et reçoivent le traitement et les soins de médecins spécialistes. A Bogotá, dans la région de Sibaté, un asile pour hommes a été installé dans un immeuble moderne et bien agencé où l'on est en train d'installer les aliénés venant d'anciens locaux mal aménagés. Les frères de Saint-Jean-de-Dieu, spécialisés dans le traitement des aliénés, y prêtent leurs services comme infirmiers. Il existe également à « Aserrio » un ancien établissement pour femmes.

En mai 1938, l'Assemblée Générale de la Bienfaisance de Cundinamarca a ordonné la construction d'un immeuble, celui d' « Aserrio », se trouvant actuellement dans de mauvaises conditions. La maison de santé pour femmes de « El Campito » est une clinique particulière pour maladies mentales ; elle est confiée aux soins des Sœurs de Charité. Les villes de Medellin et celle de Pasto ont également leurs asiles, quoique moins importants. Mais la plupart des aliénés des diverses régions du pays sont envoyés à Bogotá.

ENSEIGNEMENT ET PRATIQUE DE LA PSYCHIATRIE. — Il est difficile de préciser qui fut le premier spécialiste en Colombie, mais parmi les médecins disparus, le D<sup>r</sup> Antonio Gómez Calvo prêta ses services à l'asile de femmes ; de même que Carlos E. Putnam, Lombana Barreneche, Ricardo Fajardo Vega et José Ignacio Uribe prêtèrent également leur concours à la psychiatrie légale comme médecins légistes. Pendant plus de vingt ans, la chaire de médecine et de psychiatrie légales fut occupée par Juan David Herrera, de la Faculté de Médecine de Bogota. A partir de l'année 1928, c'est le D<sup>r</sup> Hernando Rueda Herrera qui en prit la suite. Actuellement, elle est à charge du Professeur Agrégé Guillermo Uribe Cualla, Chef du Bureau Central de Médecine Légale de Bogotá. Le cours de médecine et de psychiatrie légales est enseigné dans toutes les Facultés de Droit. A l'Université Libre, il est dicté par le Professeur Pablo A Llinás, médecin légiste ; à la Faculté de Médecine de Medellin, c'est le D<sup>r</sup> Uribe Cala, Directeur de l'Asile de cette ville, qui est chargé de ce cours.

Le cours de clinique de maladies mentales fut initié, il y a quelques années, à la Faculté de Médecine de Bogotá, par le D<sup>r</sup> Miguel Jiménez López, spécialisé en la psychiatrie légale. Le Professeur Maximiliano Rueda, Médecin-Chef de l'Asile de Bogotá, a à sa charge, depuis une vingtaine d'années, cette chaire à la Faculté de Médecine. Le D<sup>r</sup> Edmundo Rico, Professeur Agrégé en psychiatrie de cette Faculté, donna également des cours de psychologie à la Faculté Nationale de Droit. Le D<sup>r</sup> Julio Manrique, Professeur de pathologie générale à la Faculté de Médecine, est également Médecin-Chef de l'Asile d'Aliénées. Le Professeur Luis Eduardo López de Mesa, homme politique et sociologue, Professeur titulaire d'Histoire de la Médecine et de Déontologie médicale à la Faculté de Médecine, se consacre spécialement à la pratique légale de la psychiatrie, ainsi que les D<sup>rs</sup> Rafael Martínez Briceño, Demetrio Garcia Vásquez et Martín Camacho.



Les travaux de psychiatrie sont publiés dans diverses revues telles que : anciennement, les *Répertoire de Médecine et Chirurgie*, *Revue de Médecine de Bogotá*. Actuellement, dans les : *Revue de la Faculté de Médecine*, *Revue de Médecine Légale de Colombie*, organe du Bureau Central de Médecine Légale de Bogotá et dans la *Revue Colombienne de Biologie Criminelle*, organe de la Prison Centrale de Bogotá.

Le Professeur Uribe Cualla est actuellement le spécialiste qui a écrit le plus sur la psychiatrie légale.

POPULATION D'ALIÉNÉS. — Il est d'usage à Bogotá, pour isoler un malade dans l'un des asiles officiels, de le faire examiner par les médecins légistes du Bureau Central de Médecine Légale, qui délivrent un certificat attestant que le malade présente des signes de troubles mentaux qui exigent son isolement. Sans cette formalité, le syndic de l'établissement ne peut donner l'ordre d'internement. Pendant la période comprise entre le 1<sup>er</sup> mai 1935 et le 1<sup>er</sup> mai 1936, le Bureau Central de Médecine Légale a reconnu 1.457 malades. C'est le seul renseignement statistique que nous avons pu recueillir de Colombie.

HYGIÈNE MENTALE. — Aussi bien dans la littérature médicale que dans la juridique, il est question depuis quelque temps en Colombie de prophylaxie du délit et des maladies nerveuses et mentales, mais jusqu'à présent, ces idées n'ont pas trouvé leur réalisation au sein d'institutions spéciales. A ce sujet, la loi faite au mois d'octobre 1930, qui s'occupe de prophylaxie sociale, établit que les mineurs délinquants et en danger moral doivent être placés au sein de familles honorables ou dans des institutions spéciales d'éducation et de travail, sous la surveillance des juges de mineurs. Le D<sup>r</sup> Evangelista Quintana R. a publié, en 1933, une *Etude Sociologique sur les Tribunaux de Mineurs*, Cali, 1936. Parmi les œuvres sur la prophylaxie mentale, le livre *Le Bréviaire de la Mère*, Medellin, 1934, sur l'éducation psychohygiénique des mineurs, mérite une mention spéciale.

#### EQUATEUR

HISTOIRE DE L'ASSISTANCE AUX ALIÉNÉS. — D'après les documents commentés par l'historien, le D<sup>r</sup> Federico González Suárez (t. V de l'*Histoire Générale de l'Equateur*), en 1785, sous la direction de M. Villalengua, Président de la Royale Audience et de l'Evêque du Diocèse, le D<sup>r</sup> Blas Sobrino y Minayo, l'Hospice de Quito fut fondé grâce à leur initiative. Leur idée fut, tout

d'abord, de faire un asile pour loger les vieillards et les mendiants qui étaient fort nombreux à cette époque. Dès que ce projet fut réalisé, on se rendit compte qu'il était facile de bâtir un pavillon pour les malades atteints de « *elefancia* » (nom donné à cette époque aux lépreux). Environ trente ou quarante ans après (nous ne pouvons préciser exactement la date faute de renseignements), l'asile pour vieillards étant en bonne voie, un nouveau bâtiment fut aménagé pour recevoir les aliénés, non dans le but d'améliorer leur état, mais plutôt comme mesure indispensable pour éviter les conflits familiaux qui se produisaient nécessairement à cause de leur état de liberté. La surveillance de la marche de cet asile fut confiée au Gouvernement de l'Audience Royale et à l'Evêché, jusqu'en 1882, époque à laquelle un contrat fut établi avec le Supérieur Général des Sœurs de Charité, d'après lequel on leur confiait le soin de l'asile. A proprement parler, l'asile définitif d'aliénés ne fut construit qu'en 1887, d'après les plans de l'ingénieur Smith. Jusqu'à ce moment, les aliénés étaient logés dans les salles et chambres du rez-de-chaussée de l'hospice, où ils étaient rigoureusement isolés, sans les soins médicaux et encore moins les soins spéciaux dont ils avaient besoin.

L'asile, bâti en 1887, est du type cellulaire, il est encore en service actuellement. Cependant il a été agrandi, car, à diverses époques de nouveaux bâtiments sont venus s'ajouter afin de donner un peu plus de confort aux malades et le maximum de commodités prescrites par la psychiatrie. Il va sans dire que toutes les adaptations que l'on y a faites ne suffisent pas aux exigences requises. C'est d'ailleurs pour cette raison que l'Assemblée Générale de l'Assistance Publique, qui a cet établissement en charge, est en train de faire bâtir à « *El Rosario* », à quatre kilomètres de Quito, un asile moderne d'aliénés en plus du pavillon de psychiatrie, qui est également en construction et qui sera une dépendance de l'Hôpital clinique « *Eugenio Espejo* ».

Autrefois, à Guayaquil, les aliénés étaient enfermés dans les chambres étroites de l'un des appartements de l'Hôpital général, et ils y restaient, pour ainsi dire, abandonnés. Apitoyé de leur misère, M. José Vélez fit bâtir avec ses propres ressources un local pour mieux les loger. L'inauguration, par le Conseil du Canton, eut lieu le 2 février 1881 et l'Etablissement reçut le nom de « *Asilo Vélez* ». Sitôt après l'inauguration, les aliénés de l'Hôpital, au nombre de 20 (9 hommes et 11 femmes), furent transférés et confiés à la surveillance des Sœurs de Charité. A

la fin de l'année, ils étaient au nombre de 47. Comme ce nombre augmentait chaque année, l'Asile Vélez n'ayant plus de place, M. Eduardo Arosemena, Directeur de l'Assemblée de Bienfaisance Municipale, désigna M. Ignacio Robles pour qu'il fit construire un bâtiment plus ample qui fut terminé et aussitôt occupé en 1909. Ce bâtiment reçut le nom de « Asilo Lorenzo Ponce » en souvenir du legs important que fit ce dernier à l'Assemblée de Bienfaisance. Huit ans après, le Gouvernement fit bâtir une maison de tempérance pour enfermer les alcooliques, qui d'ailleurs ne fut jamais occupée par ceux-ci, mais par des malades hommes atteints de maladies mentales, les femmes restant à l'« Asile Lorenzo Ponce ». Le D<sup>r</sup> Miseno Saona fait actuellement des efforts pour obtenir que l'on construise un nouvel Etablissement, car les deux locaux qui sont en service en ce moment, sont par trop anciens et manquent de places vacantes.

Le D<sup>r</sup> Emilio Gerardo Roca fut nommé médecin de l'Asile Vélez en 1881 et y resta jusqu'en 1889. Le D<sup>r</sup> Luis Alfredo Noboa le remplaça et y resta jusqu'à sa mort en 1907. Depuis cette époque, et pendant de courtes périodes, ce service fut confié à divers médecins, jusqu'à l'année 1913 au cours de laquelle le D<sup>r</sup> Miseno Saona, actuel Directeur, en fut chargé.

ENSEIGNEMENT ET PRATIQUE DE LA PSYCHIATRIE. — En Equateur, les malades atteints de maladies mentales n'ont été, à vrai dire, soignés scientifiquement qu'à partir du moment où la chaire de Clinique de psychiatrie fut installée à la Faculté de Médecine de l'Université de Quito. Avant cette époque, le traitement que l'on donnait à cette catégorie de malades était sans importance et dépendait de l'Hospice de Vieillards et Mendians de cette capitale. Cette chaire fut créée en novembre de l'année 1912, par le Conseil Supérieur de l'Instruction Publique, à la demande de la Faculté de Médecine. Ce même Conseil désigna, pour occuper cette chaire, le Professeur Carlos Alberto Arteta, qui l'occupa jusqu'en 1924. D'après la loi de Bienfaisance publique, c'est au professeur enseignant ce cours que revient le droit d'être Chef des services qui correspondent à l'Assistance Publique. En vue de cette disposition, ce fut le D<sup>r</sup> Arteta qui eut la direction de l'Asile d'aliénés et fit tout ce qu'il put pour que tout ce qui concernait l'assistance — au moins le diagnostic — fut fait en accord avec les exigences scientifiques des divers cas qui se présentaient.

Après avoir démissionné en 1924, le D<sup>r</sup> Alberto Correa, qui avait fait quelques études dans diverses cliniques spécialisées en

France, en prit la succession. Il y resta peu de temps. Le D<sup>r</sup> Julio Endara lui succéda en qualité de professeur suppléant, et en 1926, il devint titulaire de Clinique psychiatrique (et neurologique, depuis 1934).

L'enseignement a été sérieusement modifié. Dans ses débuts, il se faisait sous forme de conférences sur les grands problèmes de la psychiatrie et de temps à autre seulement, elles étaient illustrées avec la présentation de quelques cas d'intérêt particulier ; pratiquement, les étudiants n'étaient pas obligés de passer d'examens de cette spécialité. Le cours de psychiatrie est actuellement divisé en cinq chapitres : 1<sup>er</sup> Sémiologie psychiatrique. 2<sup>e</sup> Etude spéciale de la constitution et des tempéraments en psychiatrie. 3<sup>e</sup> Classification des maladies mentales. 4<sup>e</sup> Clinique psychiatrique, et 5<sup>e</sup> Psychiatrie médico-légale. Tous ces chapitres sont précédés d'une abondante information casuistique et d'exercices dirigés par les chefs de clinique, de façon que, lorsque un étudiant se trouve dans l'obligation d'étudier l'ensemble d'un problème, il possède les connaissances pratiques suffisantes pour lui permettre de comprendre le détail du cas qui lui est soumis avec le matériel de renseignements qui lui est fourni. Outre cela, depuis 7 ans, l'étudiant est obligé de faire, pendant son année scolaire, un travail d'investigation sur un problème neuro-psychiatrique intéressant. A cet effet, il disposera des éléments choisis par le Chef de clinique et, travaillant sous la direction du Professeur, il lui sera permis de faire systématiquement ses observations, pour ensuite étudier le cas, faire la synthèse du problème et enfin arriver à exposer les conclusions auxquelles son travail lui a permis d'arriver. En ce qui concerne la littérature à consulter, la préférence est donnée aux travaux hispano-américains. Pour pouvoir se présenter à l'examen final, les étudiants doivent faire ce travail qui consiste à étudier et discuter un ou deux cas choisis par le jury.

Il est donc permis de dire que l'étude de la psychiatrie ne fait que commencer et c'est d'ailleurs la raison pour laquelle la bibliographie est encore assez rare. Cependant, depuis peu de temps, plusieurs médecins sont en train de se spécialiser. Il s'est fondé tout récemment, comme dépendance de cette chaire, un Athénée de Neuro-psychiatrie, où l'on étudie, sous une forme systématique et périodique, le commentaire et l'investigation scientifique. Depuis 1937, on publie la revue : *Archivos de Criminología, Neuropsiquiatria y Disciplinas Conexas*, où l'on peut apprécier le travail de son Directeur, le Professeur

Endara, aussi bien comme investigateur que comme Chef d'école.

POPULATION D'ALIÉNÉS. — A cause des mauvaises conditions dans lesquelles se trouvent les asiles d'aliénés, on ne peut avoir, même approximativement, des données sur le nombre d'aliénés qu'il y a dans le pays ; car, dès que la situation économique des familles des malades le permet, elles préfèrent les soigner chez eux ou bien les envoyer dans une ferme si la maladie présente des caractères de chronicité.

A l'Asile d'Aliénés de Quito, aussi bien qu'à ceux de Guayaquil, le nombre des malades, en tenant compte de la moyenne des cinq dernières années, est de 300. C'est-à-dire qu'il y a environ 600 malades hospitalisés.

Avec de légères modifications, la classification qui a été faite à l'Asile d'Aliénés de Quito est celle du Professeur Borda, de Buenos-Aires, mais celle qui se fait actuellement est celle adoptée par l'Association américaine de psychiatrie.

Le coût par malade et par jour est de 2 Sucres à l'Asile de Quito et de S./0,90 à ceux de Guayaquil.

Le nombre de malades entrants à l'Asile de Quito varie entre 90 et 110 malades par an, dont 60 % d'hommes et 40 % de femmes. Le même pourcentage peut être fait pour les malades qui forment la population totale de l'Asile. A Guayaquil, le pourcentage de femmes est toujours plus élevé.

En ce qui concerne l'âge des malades internés à Quito, les aliénés sont groupés d'après l'échelle de fréquence suivante :

A la section des hommes :

- 1° de 30 à 40 ans.
- 2° » 20 » 30 »
- 3° » 40 » 50 »
- 4° » 50 » 60 »
- 5° » 60 et plus ans.
- 6° » 10 à 20 ans.
- 7° âgés de moins de 10 ans.

A la section des femmes :

- 1° de 30 à 40 ans.
- 2° » 40 » 50 »
- 3° » 50 » 60 »
- 4° » 20 » 30 »
- 5° » 60 et plus ans.
- 6° » 10 à 20 ans.
- 7° de moins de 10 ans.



Les affections sont groupées dans l'échelle suivante, également descendante :

A la section des hommes :

- 1° Epilepsie.
- 2° Vésanies.
- 3° Schizophrénie.
- 4° Psychose maniaco-dépressive.
- 5° Paranoïa.
- 6° Psychoses alcooliques.
- 7° Débilité mentale.
- 8° Démences séniles et préséniles.
- 9° Paralysie générale.
- 10° Confusion mentale et psychoses toxi-infectieuses.
- 11° Psychonévroses.
- 12° Diverses affections.

A la section des femmes :

- 1° Epilepsie.
- 2° Vésanies.
- 3° Paranoïas.
- 4° Psychose maniaco-dépressive.
- 5° Schizophrénie.
- 6° Psychoses séniles et préséniles.
- 7° Psychonévroses.
- 8° Confusion mentale et psychoses toxi-infectieuses.
- 9° Débilité mentale.
- 10° Affections diverses.
- 11° Psychoses alcooliques.
- 12° Paralysie générale.

Quant aux races, la fréquence des psychoses conserve la graduation descendante suivante : 1° métis ; 2° blancs ; 3° indiens. Ces derniers représentent à peine 15 % du total de la population et parmi eux la plus grande partie des psychoses sont du type toxi-infectieux. Il n'existe aucun cas de paralysie générale. Après les affections toxi-infectieuses, viennent la débilité mentale et la psychose maniaco-dépressive ; les cas de schizophrénie sont très rares. Ceci s'explique probablement par le fait des conditions de vie primitive des indigènes, et tout spécialement par leur alimentation pauvre, presque exclusivement hydrocarbonée, et par les excès de boissons alcoolisées et fermentées, tout spécialement la « chicha de maïs ».

L'HYGIÈNE MENTALE. — On a introduit des programmes spéciaux d'études à l'Université Centrale de Quito et dans les

collèges d'instruction secondaire et les Ecoles Normales pour apprendre et divulguer les problèmes de l'hygiène mentale.

#### PARAGUAY

Jusqu'à la création du « Manicomio Nacional » sis à « Asunción », l'assistance aux aliénés était tout à fait rudimentaire : comme dans les autres pays sud-américains, les malades mentaux étaient conduits, suivant leur degré d'agitation ou leur état social, soit à l'hôpital, soit dans les institutions religieuses ou dans les propriétés à la campagne. Le « Manicomio Nacional » a une capacité restreinte, il reçoit à peu près 200 malades des deux sexes et ses services sont encombrés. On s'est efforcé de l'agrandir, mais actuellement on a préféré bâtir un autre établissement. Le D<sup>r</sup> Vasconcellos, aliéniste de l'Asile, dont il a eu, pendant de longues années, la direction, a beaucoup fait pour la spécialité. C'est à ses efforts qu'est due la création de la chaire de Maladies mentales et nerveuses à la Faculté de Médecine dont il fut le premier titulaire.

Actuellement, le besoin de réorganiser les services asilaires et d'agrandir sa capacité a conduit à la création d'un Institut de neuro-psychiatrie moderne et bien outillé qui est entré en service tout dernièrement. Il aura la haute direction de l'assistance aux aliénés et sera également chargé de l'organisation de l'hygiène mentale.

#### PÉROU (1)

HISTOIRE DE L'ASSISTANCE AUX ALIÉNÉS. — A l'hôpital de San Andrés pour hommes, construit à Lima en 1552, existait déjà un local destiné aux malades du cerveau connu sous le nom de « Maison de fous » (loquería). Plus tard, à l'Hôpital de Saint-Pierre, pour femmes, existèrent deux sections : la première pour « folles tranquilles », avec système cellulaire, la deuxième pour « folles furieuses », avec contention par chaînes. Vers 1816, le traitement s'était, au nom de la charité, rendu vraiment plus humain. Au milieu du XIX<sup>e</sup> siècle, la « Maison de fous » (loquería) de l'Hôpital Saint-André, constituait déjà un organisme d'une indépendance relative que l'on désignait sous le nom d'« Hospicio d'insanos ». En plus du médecin général des

(1) Voir aussi : « La Psychiatrie et l'Hygiène Mentale au Pérou », par H. DELGADO. *L'Hygiène Mentale*, 1936, n° 8.

aliénés dans cet hospice, il y en avait un autre particulier, aidé d'un personnel auxiliaire propre. En 1857, le D<sup>r</sup> José Casimiro Ulloa fut nommé médecin des « maisons de fous » et il peut être considéré comme le premier amateur de la médecine mentale du Pérou. Grâce à l'appui décidé du Directeur de la Bienfaisance, M. Francisco Carassa, enthousiaste de l'œuvre de Pinel, obtint la construction d'un édifice doué de toutes les nécessités de l'époque. Ce dernier, qui comptait 160 lits, fut inauguré vers la fin de 1859, et portait le nom d'« Hospice de la Miséricorde ». Il disposait de baignoires de surprise, de baignoires et de chaises de force pour agités, etc ; le tout importé de Paris. Il comprenait quatre sections : salles pour malades tranquilles, salles pour agités par périodes, salles pour idiots, épileptiques et gâteux, puis des cellules pour fous furieux. Le D<sup>r</sup> Ulloa, établit l'observation individuelle des aliénés, prenant périodiquement en note l'état et l'évolution de leur maladie. Dès 1860, il s'efforça d'organiser le travail des malades en créant des ateliers aussi bien dans la section des hommes que dans celle des femmes. Le D<sup>r</sup> Ulloa mourut en 1891 et eut pour successeur le D<sup>r</sup> Manuel A. Muñiz, lequel s'était dédié en Europe à l'étude des maladies nerveuses et mentales. Le D<sup>r</sup> Muñiz se préoccupa d'améliorer l'assistance, rendue difficile par l'augmentation du nombre des malades, malgré les mesures prises pour agrandir l'édifice de l'hôpital. Il eut soin aussi d'organiser l'observation et l'étude scientifique des malades et établit la statistique du mouvement de l'hôpital. La mort, survenue en 1896, ne lui permit pas de diriger la construction du nouvel asile qu'il avait conçu. Le D<sup>r</sup> David Matto, qui vint après lui, n'obtint pas non plus ce changement, pourtant si urgent. En 1918, on procéda à l'inauguration du nouvel édifice, situé à Madeleine-sur-Mer, à 7 kilomètres de Lima. Là se trouvent aujourd'hui tous les malades mentaux assistés du Pérou. Le D<sup>r</sup> Hermilio Valdizán fut le premier directeur résident de cet hôpital (de 1918 à 1929), qu'il organisa selon les nécessités de l'époque et du milieu. L'hôpital porte le nom de Victor-Larco-Herrera, grand philanthrope, qui, grâce à l'initiative du D<sup>r</sup> Baltazar Caravedo, actuel directeur, pourvut l'établissement de dotation et de perfectionnement. La délicate situation économique de la Société de Bienfaisance n'a pas permis que l'hôpital se développe comme le demande l'augmentation du nombre des malades admis, pas plus que le perfectionnement technique qu'exigent les récents progrès de la thérapeutique active, et cela malgré les louables efforts des dirigeants de la Société en question et de l'hôpital.

ENSEIGNEMENT ET PRATIQUE DE LA PSYCHIATRIE. — Jusqu'à 1916, l'enseignement de la psychiatrie était un supplément de peu d'importance et négligé de la médecine légale. Le D<sup>r</sup> Valdizán, le premier psychiatre péruvien, possédant une formation de clinique, commença cette année-là l'enseignement de la spécialité à la chaire des maladies mentales et du système nerveux. C'est à lui que l'on doit également la fondation, en 1923, de la Société Péruvienne de Psychiatrie, formée par les médecins de l'hôpital « Victor-Larco-Herrera ». A la mort de Valdizán (1929), H. Delgado fut nommé professeur du cours. Ce dernier n'a pu, jusqu'à présent, organiser en due forme son enseignement, puisqu'il n'existe pas encore de clinique exclusive ou principalement destinée à ce but. Il est certain qu'il a à sa disposition les malades gratuits de l'hôpital Victor-Larco-Herrera et qu'il les emploie pour son enseignement, mais il est lui-même Chef d'un service de pensionnaires dont il ne peut naturellement pas présenter les malades. Cette difficulté semble être sur le point de trouver une solution, car actuellement, le Ministre de la Santé Publique, D<sup>r</sup> Guillermo Almenara, étudie les moyens de convertir en réalité un projet de Delgado et de Trelles en faveur de la fondation d'un Institut, autonome, de neuro-psychiatrie. Cet institut servira tant pour l'enseignement de la psychiatrie et de la neurologie que pour le traitement des cas qui débutent et aigus des maladies mentales et du système nerveux.

Bien que les matériaux fassent défaut, l'actuel professeur s'efforce de créer une tendance en laquelle se complètent la rigueur méthodique de l'analyse phénoménologique et l'examen des facteurs pathogéniques et pathoplastiques ; une tendance où s'intègrent aussi la considération des altérations somatiques et le soin de l'aspect psychique. Le cours de psychiatrie n'est pas enseigné sous forme d'une spécialité isolée, mais bien comme l'étude du plan mental de l'homme, inclus dans le cas du malade somatique. Cette tendance, inspirée dans une anthropologie et une médecine intégrales, s'exprime par les travaux de la chaire publiés dans des revues péruviennes et étrangères.

Mis à part, quelques thèses, certains rapports médico-légaux sur les aliénés et de très rares articles, qui dénotaient une inclination éventuelle plutôt qu'une véritable aptitude, la bibliographie de la psychiatrie péruvienne est devenue plus importante dès la publication de la *Revue de Psychiatrie et disciplines connexes*. Fondée en 1918, par Valdizán et Delgado, cette publication marque un progrès dans le développement de la psychiatrie péruvienne. Après des tâtonnements et des enthousiasmes exagérés,

elle commence à suivre le mouvement d'idées et la pratique de méthodes des centres de production originale. Cette revue cessa de paraître en 1924. Au début de 1938, l'activité scientifique de la chaire des maladies mentales et nerveuses a demandé la fondation de la *Revue de Neuro-Psychiatrie* encouragée par la Faculté des Sciences médicales et éditée par Delgado, Trélles et Gutierrez Noriega. Elle s'occupe principalement de problèmes cliniques et expérimentaux de psychiatrie et de neurologie. De plus, éventuellement, se publient des travaux de médecine mentale dans les revues suivantes : *Archives Péruviennes d'Hygiène Mentale* (sous la direction du Dr Caravedo), *Actualité Médicale Péruvienne*, *Annales de la Faculté des Sciences Médicales*, *Réforme Médicale*, *Revue Médicale Péruvienne*, etc.

L'intérêt croissant manifesté pour ces problèmes dans les milieux médicaux de Lima, a motivé la création récente par Delgado et Trélles de la Société de Neuro-psychiatrie et de Médecine légale.

LA POPULATION D'ALIÉNÉS. — En 1859, à l'inauguration de l'Hospice de la Miséricorde, le nombre des malades internés était de 153 (76 hommes et 77 femmes). Depuis lors, ce nombre a progressivement augmenté pour atteindre 1.208 (675 hommes et 533 femmes) au 1<sup>er</sup> janvier 1938. Le Pérou comptant un peu plus de 6.000.000 d'habitants, il en résulte qu'on assiste à l'hôpital psychiatrique, moins de 0,2 0/00 de la population générale. Evidemment, la proportion des aliénés non hospitalisés est très considérable ; la centralisation de l'assistance en un seul établissement et le pessimisme du public, en ce qui concerne l'efficacité de l'internement, en sont les principales causes. Bien que le nombre des malades qui sortent de l'hôpital (en grande partie sensiblement rétablis) ait été accru de 91 (en 1914) à 553 (en 1931), l'augmentation des décès a été seulement, au cours de cette même période, de 47 (1914) à 103 (1931). La progression des entrées est de plus en plus forte au cours de ces vingt dernières années : tandis qu'en 1891, il entre 113 malades (61 hommes et 52 femmes) et en 1914, 156 (77 hommes et 79 femmes), en 1937 le nombre s'élève à 746 (430 hommes et 316 femmes). La proportion des étrangers admis est de 7 % en 1933. Cette dernière doit être considérée comme supérieure au cours des années qui suivent, à cause de la vague d'immigration juive. La sélection des malades, d'après la provenance, obtient une signification particulière si l'on constate ce fait que des 531 admissions en 1933, 27,68 % venaient de Lima (cette ville compte à peu près 450.000 habitants).



En ce qui concerne les trois régions du pays, la provenance de ce groupe de malades se répartit de la façon suivante :

De la côte .....	80,18 %
De la sierra .....	19,15 %
De la forêt .....	0,66 %

Il faut remarquer que la population générale du Pérou est inégalement distribuée suivant ses régions :

Côte .....	40,73 %
Sierra .....	55,69 %
Forêt .....	3,58 %

D'après la race nous avons les proportions qui suivent relatives aux 531 admissions de l'année 1933 :

Races : Blanche .....	26,18 %
Métisse .....	52,73 %
Indigène .....	9,42 %
Nègre .....	8,29 %
Jaune .....	3,39 %

Pour ce qui est de la proportion des diverses maladies parmi les personnes secourues, nous relevons le pourcentage inclus ci-dessous, lequel correspond également aux malades internés en 1933, d'après la classification de Kræpelin (elle a d'ailleurs été remplacée par celle de l'Association américaine de psychiatrie) :

Psychoses par traumatisme cérébral .....	0,56 %
Psychoses par auto-intoxication .....	0,75 —
Psychoses alcooliques .....	7,72 —
Autres psychoses toxiques .....	4,14 —
Psychoses par maladies infectieuses générales .....	1,51 —
Syphilis cérébrale .....	2,64 —
Paralyse générale .....	6,97 —
Psychoses par troubles endocriniens .....	0,56 —
Psychoses par artério-sclérose .....	1,13 —
Psychose présénile .....	1,13 —
Démence sénile .....	2,64 —
Démence précoce et paraphrénies .....	35,78 —
Epilepsie .....	10,17 —
Maladies psychogènes .....	0,38 —
Psychose maniaco-dépressive .....	12,62 —
Paranoïa .....	0,19 —

Hystérie .....	0,56 —
Névrose d'obsession .....	0,19 —
Nervosisme .....	0,19 —
Personnalité psychopathique .....	1,88 —
Oligophrénia .....	4,90 —
Maladie de Parkinson .....	0,56 —
En observation .....	2,82 —

L'entretien journalier de chaque malade revient à 1 sol 20 cts.

**L'HYGIÈNE MENTALE.** — Le D<sup>r</sup> Valdizán initia le travail de diffusion de l'hygiène mentale par la presse. Avec lui, en 1919, nous fondâmes une institution dont la vie fut éphémère et cependant efficace ; elle était destinée à éclairer les médecins, les maîtres, les fonctionnaires de l'éducation et des prisons, les pères de famille, les journalistes, etc., sur les divers aspects de son action en ce qui concerne l'hygiène mentale. En 1923, Valdizán publia un livre : *Histoires de malades* ; de même, après sa mort, parut la collection d'une série d'articles : *Pour toi qui es père*. De tendance semblable furent les œuvres publiées par Delgado : *Certains aspects de la psychologie de l'enfant* (1922) et *La formation spirituelle de l'individu* (1933). Valdizán et Delgado rédigèrent ensemble une « *Cartilla* » d'hygiène mentale (1922), édité par la Société de Bienfaisance de Lima. De même dans leur communication officielle à la « Première Conférence de l'Enfant Péruvien », en 1922, ils proposèrent la fondation de la « Ligue Péruvienne d'Hygiène Mentale » qui, établie il y a quelques années grâce aux soins diligents du D<sup>r</sup> Caravedo, n'est pas encore entrée en activité.

L'organisation de la prophylaxie mentale est jusqu'à ce jour défectueuse. A l'« Hospital Victor Larco Herrera » Delgado ouvrit, il y a quelque quinze ans, un bureau de consultations externes pour les cas qui débutent. Plus tard, ces services se sont multipliés dans le même hôpital. La loi spéciale sur la protection de l'enfance abandonnée et délinquante, fut promulguée en 1924. Le Tribunal de mineurs fut fondé en 1925, et le Patronage de mineurs en 1928. Ce dernier fait un travail efficace de prophylaxie des délinquants à Lima, mais comme il ne trouve pas un appui suffisant de la part des pouvoirs publics, son action est limitée. En dehors de ceci il n'y a encore aucune institution de psychiatrie sociale à la hauteur des besoins actuels et des possibilités du pays. Ces fondations sont l'objet de plans de la part de l'Institut de Neuro-psychiatrie avec l'appui du D<sup>r</sup> Almenara, l'actuel Ministre de la Santé publique.

## URUGUAY

HISTOIRE DE L'ASSISTANCE AUX ALIÉNÉS. — Comme dans quelques autres pays de l'Amérique du Sud pendant une première période, qui se prolonge jusqu'au XIX<sup>e</sup> siècle, les aliénés tranquilles vivaient de la charité publique tandis que les dangereux étaient gardés dans les prisons. C'est seulement à partir de 1822 qu'ils commencent à être admis dans « l'Hôpital Maciel », hôpital destiné aux maladies générales. En raison des inconvénients que présentait cette promiscuité, les aliénés furent transférés en 1860 dans un établissement champêtre situé aux environs de Montevideo, la « Quinta Vilardebó », où ils restèrent pendant qu'on bâtit un grand asile d'aliénés, le « Manicomio Nacional », l'actuel « Hospital Vilardebó ». Entré en service de 1880, cet hôpital contenait au 31 décembre de l'année de son inauguration 400 malades. C'est un grand bâtiment, très beau, entouré de jardins, auquel est annexé un grand domaine pour la culture ; mais il est démodé parce qu'il fut construit d'après le modèle des vieux asiles, « dépôts d'aliénés » avec des salles communes immenses et des sections pour agités.

Dans cet établissement on a fait une réelle assistance psychiatrique à partir de la fin du siècle passé. Enrique Castro doit être considéré comme le premier psychiatre. Il commença sa carrière avec une thèse sur la *Législation des Aliénés*, dont la lecture est utile encore aujourd'hui, et la poursuivit tout au long de son existence noblement consacrée à la tâche d'améliorer la situation et l'assistance aux aliénés. Eduardo Lamas, un des pionniers de la psychiatrie s'attacha à moderniser l'Hôpital Vilardebó. Elève distingué de Magnan, il fut un des fondateurs de la spécialité.

En 1915, on construisit la Colonie Bernard Etchepare. Cette colonie à laquelle est rattachée une section pour assistance familiale, inspirée de Gheel, a une capacité de 2.000 malades. Enfin, tout récemment des sections pour aigus ont été créées dans les hôpitaux généraux et l'on construit un Institut de Psychiatrie moderne, pourvu d'un outillage perfectionné.

ENSEIGNEMENT ET PRATIQUE DE LA PSYCHIATRIE. — C'est en 1912 que fut créée la chaire de Clinique psychiatrique : son premier titulaire, Bernard Etchepare est le maître de l'actuelle génération d'aliénistes. Bernard Etchepare fit ses études à Paris. Elève du professeur Hartmann, il présenta en 1897 une thèse chirurgicale remarquée. Nommé professeur d'anatomie à Montevideo, il exerça pendant une dizaine d'années. Chirurgien de Vilardebó, il fut conduit par la rigueur de ses examens cliniques complets à

entrer peu à peu dans le terrain de la psychiatrie qui répondait à sa vraie et intime vocation. Il renonça à la chaire d'anatomie et à la chirurgie. Nommé aliéniste de Vilardebó il inaugura une série de conférences dominicales pour étudiants dont la réussite amena le Conseil de la Faculté à créer la chaire de Psychiatrie.

C'est à la formation profondément « médicale » du premier professeur de psychiatrie que l'on doit le courant organiciste de la pratique psychiatrique et l'empreinte laissée dans l'orientation scientifique. Bien avant que dans d'autres centres, on s'attache avec soin à faire l'examen minutieux, somatique et humoral de tous les malades, c'est la règle observée dans les services de Vilardebó. A la mort d'Etchepare (1925) on nomma à la chaire Santin C. Rossi, qui avait fait un long séjour d'études à la Clinique Sainte-Anne. Il conserva à son enseignement la même orientation biologique et pendant 11 ans donna à la chaire un grand éclat. Sa forte personnalité et ses vertus le portèrent aux plus hautes destinées. Membre du Conseil National d'Instruction publique, puis Ministre d'Instruction Publique il ne cessa d'apporter à la psychiatrie ses activités jusqu'à sa mort (1936). La chaire depuis lors est restée sans titulaire, les candidats étant les professeurs agrégés et chargés du cours A. Sicco, C. Payssé et E. Garcia Austt.

L'assistance au cours de psychiatrie est obligatoire pour les élèves de 6<sup>e</sup> année, mais il n'y a pas d'examen final, bien que l'on pose des questions de psychiatrie lors de l'examen de médecine légale dont le jury comprend le professeur de psychiatrie. Le stage dure un semestre scolaire (quatre mois) et se fait à la clinique ou dans d'autres services, les élèves ayant le choix, ce qui présente pour l'enseignement des avantages et des inconvénients. Les étudiants sont obligés d'interroger les malades, de suivre les visites et les cours ; à la fin de son stage, chaque étudiant doit présenter cinq observations prises dans le service. La multiplicité des services n'est pas en relation avec le nombre d'étudiants (30 à 40 par semestre), et si elle présente l'avantage de faciliter l'enseignement pratique, elle offre aussi l'inconvénient de ne pas donner d'uniformité aux cours.

Le mouvement scientifique de la psychiatrie est concentré dans les séances de la « Sociedad de Psiquiatría », fondée il y a 15 ans sur l'initiative de B. Etchepare, dont l'actuel président est Ventura Darder. Les séances, mensuelles, ont lieu à l'Hôpital Vilardebó et sont suivies par les spécialistes du pays (tous résidant à Montevideo). On y présente des travaux intéressants, les uns d'ensemble, les autres basés sur des cas cliniques. Cette

activité scientifique est drainée par la *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, organe officiel de la Société, dont la publication, bimensuelle, irrégulière au début, se maintient avec ponctualité depuis trois ans. Eventuellement des travaux importants paraissent dans les autres revues de médecine, surtout dans les *Anales de la Facultad de Medicina* et dans la *Revista Uruguaya de Medicina, Cirugía y Especialidades*.

Tous les ans ont lieu les « Jornadas Neuro-Psiquiátricas Rioplatenses » soit à Montevideo, soit à Buenos-Aires. Ces journées groupent dans des séances d'ensemble les Sociétés psychiatriques et neurologiques uruguayennes et argentines. Pendant ces journées sont débattues les questions d'actualité en même temps que sont présentés les travaux d'ensemble.

La production scientifique de l'Uruguay dans le cadre de l'Amérique du Sud, présente donc une certaine densité et uniformité dans l'effort. Nous ne citerons ici que les disparus : B. Etchepare publia un livre, en 1913, sur les Débiles mentaux ; une série d'articles sur la « Psychologie des Démences », « Psychoses communiquées », etc.. Santin Rossi s'attacha à l'étude du rôle des « traumatismes en psychiatrie » (thèse d'agrégation), aux « formes curables de la démence précoce », à certains aspects médico-légaux des aliénés, etc..

Parmi les actuels spécialistes ceux dont l'activité scientifique est plus marquée sont Antonio Sicco, E. García Austt, C. Payssé, Isidro Mas de Ayala, Ventura Darder, Rafael Rodríguez, Perez Pastorini à côté desquels figurent de jeunes enthousiastes.

POPULATION D'ALIÉNÉS. — L'assistance avant l'internement ou après la sortie du malade se réalise dans les consultations de psychiatrie générale qui ont lieu tous les jours à l'Hôpital Vilardebó, sous la direction des Chefs de service. Les malades aigus sont traités dans une section spéciale, mais bientôt doit entrer en fonctions la nouvelle Clinique psychiatrique qui est une des dépendances de l'Hôpital de Clínicas, un magnifique bâtiment construit d'après les plus modernes données de la science hospitalière. Cette Clinique, en plus de son but universitaire, doit remplir les fonctions de centre de triage et traitement, réglant l'assistance aux aliénés aigus et chroniques.

L'Hôpital Vilardebó qui, en 1880, avait 400 malades, garde actuellement 1.300 malades des deux sexes (aigus et chroniques) qui sont répartis en six services égaux. Cet hôpital souffre donc un grand encombrement et garde un nombre de malades supérieur au double de sa capacité normale. Ces services reçoivent directement les entrants quels qu'ils soient ; les malades aigus



sont traités ; les chroniques sont envoyés les uns à l'Asile Colonie, les autres sont dirigés aux diverses sections d'ergothérapie : soit à la section de culture, soit aux grands ateliers (blanchisserie, boulangerie, savonnerie, tannerie, cordonnerie, etc.) dont le fonctionnement assure les besoins de tous les hôpitaux de Montevideo.

La Colonie Bernardo Etchepare située à 65 km. de la capitale, occupe un domaine de 600 hectares, où l'on bâtit progressivement, depuis 1912, des pavillons nécessaires pour recevoir les malades dont le nombre va toujours en croissant. Actuellement, il y a 28 pavillons en service avec 1.700 malades.

Le prix de la journée d'hospitalisation est de 0,80 (peso) à Vilardebó et de 0,70 à la Colonie Etchepare.

A la Colonie Bernardo Etchepare est annexée une Section d'assistance familiale, inspirée de Gheel, dont la réussite se doit à l'effort des médecins de la Colonie et de son directeur F. Garmendia. Inaugurée en juin 1929 avec 15 malades placés, elle en avait 228 à la fin de l'année, 470 en 1930 et depuis lors le nombre de malades se maintient au-dessus de 500.

Il faut enfin, pour avoir le chiffre total d'aliénés, mentionner le nombre de malades internés dans divers établissements particuliers, que l'on peut fixer environ à 500.

On arrive ainsi au chiffre approximatif de 4.000 malades assistés, soit 2 0/00 de la population totale de l'Uruguay (2.000.000), qui se décomposent de la sorte :

Hospital Vilardebó .....	1.300 malades	
Colonia Bernardo Etchepare .....	1.700	—
Assistance familiale .....	500	—
Etablissements particuliers .....	500	—
Total .....	4.000	—

La classification généralement adoptée est celle de Kræpelin.

Il faut insister sur l'encombrement de l'Hospital Vilardebó malgré les agrandissements que l'on fait progressivement dans ses services, mais la forte immigration et l'accroissement végétatif de la population vont de pair avec les nécessités de l'assistance qui dépassent ici comme dans les autres pays de l'Amérique du Sud, toutes les prévisions. De ceci nous avons un éclatant témoignage dans l'augmentation inquiétante du nombre des entrants à l'Hôpital Vilardebó. Pendant la période de 1916 à 1920 compris sont entrés en moyenne 889 malades par année. Dans la période 1921 à 1925, cette moyenne annuelle d'entrants monte à

983 ; de 1926 à 1930, à 1.380 et enfin de 1931 à 1935 à 1.580. C'est-à-dire qu'en quinze ans, la moyenne d'entrants passe de 889 à 1.580. Pour qu'on puisse mieux saisir cette progression prenons les termes extrêmes.

Malades entrants en 1915 : 674.

Malades entrants en 1935 : 2.229.

En vingt ans donc, le chiffre des malades est passé du simple au triple : cette triplification du nombre des malades mentaux paraît être en rapport avec l'immigration croissante et surtout avec l'origine et race des nouveaux immigrants. Autrefois c'étaient des Espagnols et des Italiens qui en formaient la grande majorité. Aujourd'hui elle est presque exclusivement constituée par des habitants de l'Europe centrale et comprend un grand pourcentage de Juifs. Ces nouveaux immigrants ont, les uns une moindre capacité d'adaptation, les autres un indice plus grand de morbidité.

HYGIÈNE MENTALE. — La Ligue d'Hygiène mentale, fondée par initiative de Santin Rossi en 1927, n'est jamais entrée en fonctions. Mais, grâce à l'appui du Ministre de la Santé publique, se réalise actuellement un effort pour la constituer. Une de ses premières mesures a été d'organiser en 1937 un cycle de conférences de divulgation par radio qui a été confié aux spécialistes. Par ailleurs, la lutte pour l'hygiène mentale se fait, depuis plusieurs années, grâce à diverses institutions et commissions officielles et particulières, mais avec des objectifs précis et limités. L'organisme régulateur de ces campagnes éparées qui manquait jusqu'ici doit donc entrer en fonctions bientôt avec la Ligue d'Hygiène mentale.

La Ligue anti-alcoolique, fondée en 1915, affiliée à la World's Woman's Christian Temperance Union, accomplit une œuvre importante d'éducation et de préservation sociale. L'Institut de prophylaxie de la syphilis contribue également, par la densité de ses dépendances et des moyens dont il dispose, à la prophylaxie mentale. Il faut aussi citer les dépendances du Département d'Hygiène de l'Etat qui sont chargées de la lutte contre les toxicomanies, contre l'alcoolisme, etc...

Le problème de l'enfance anormale a été l'objet de soins particuliers dans la campagne persévérante que mène l'Etat pour l'enfance. Campagne dont on saisit l'importance si l'on rappelle qu'on créa naguère un Ministère de Protection de l'Enfance, aujourd'hui transformé en Conseil de l'Enfance et composé de

spécialistes. C'est une institution moderne dont dépend tout ce qui a trait à l'hygiène, à l'éducation et l'assistance à l'enfance. C'est ainsi que pour les enfants anormaux on a créé des cours spéciaux pour les arriérés scolaires et des écoles pour anormaux. Les délinquants et les enfants avec troubles graves du comportement sont adressés en observation à un établissement spécial, le « Refuge des Mineurs », dirigé par un spécialiste en psychiatrie infantile, G. Danrée. De là, suivant les cas, l'enfant est envoyé soit au Centre des Mineurs, soit aux Colonies spéciales, comme la Colonie Suarez, qui est une colonie-foyer pour les plus difficiles, la Colonie d'orientation professionnelle, la Colonie agricole ou à d'autres Colonies dirigées par des institutions religieuses ou privées. Cette organisation sera complétée avec la construction d'une Colonie pour débiles mentaux.

Les enfants délinquants sont jugés en accord avec une procédure spéciale (code de l'enfant) et sont toujours dirigés au Refuge des Mineurs aux fins d'examen psychiatrique.

L'assistance aux aliénés est régie du point de vue légal par la récente « loi d'assistance aux psychopathes » rédigée au Ministère de la Santé publique avec le but, entre autres, « de supprimer une quantité d'obstacles inutiles et irritants qui empêchent dans nombre de cas une assistance rapide et aussi d'assurer que les établissements privés aient une organisation technique en accord avec les normes que signale la science psychiatrique ». L'exacte application de cette loi est surveillée par l'Inspecteur général des psychopathes (actuellement le D<sup>r</sup> F. Garmendia) avec le concours d'une commission spéciale.

La prophylaxie du délit est un des objectifs de l'Institut de Criminologie dirigé par J.-M. Estapé, ainsi que de l'Office d'identification et d'études médico-légales, qui sont chargés de l'étude des délinquants. Un *Boletín de Criminología y Ciencias Afines* sert d'organe de presse, mais n'a pas une grande régularité.

#### VÉNÉZUÉLA

HISTOIRE DE L'ASSISTANCE AUX ALIÉNÉS. — Pendant la longue période coloniale et au cours de la première moitié de sa vie indépendante, l'assistance aux aliénés au Vénézuéla, tout comme celle des autres pays sud-américains, fut rudimentaire. Les aliénés tranquilles sont soignés à l'Hôpital Général ou dans les institutions privées, mais particulièrement dans les congrégations religieuses ; les fous furieux sont enfermés dans les prisons. Cette situation change à partir du moment où l'Asile d'aliénés de

Caracas est fondé. On y adresse ceux qui sont atteints de maladies mentales dans le pays, mais la direction est confiée à des médecins non spécialisés, qui ne peuvent appliquer, malgré leur bon vouloir, qu'un traitement des symptômes les plus saillants ou bien seulement des affections intercurrentes. Ce n'est qu'à partir de l'année 1922, sous la direction du Dr Francisco Torrealba, qu'une assistance réelle est donnée. Ce médecin s'est complètement consacré à donner plus de prestige à la charge qui lui a été confiée et c'est au prix de longs efforts d'autodidacte qu'il est arrivé à appliquer des procédés thérapeutiques basés sur l'étiologie et qu'il put s'occuper efficacement de l'ordre et de la bonne marche de l'établissement, dans la mesure que lui permettaient les faibles ressources dont on disposait à cette époque. Malgré les efforts de Torrealba et de ses collaborateurs, les conditions matérielles de l'asile étaient encore insuffisantes. Aussi entreprit-on, en 1926, la construction d'un établissement moderne, qui ne fut terminé que plus tard et auquel on donna le nom d'Hôpital psychiatrique. Cet établissement a quatre services séparés, entourés de jardins. Il est pourvu de services généraux de médecine et de chirurgie, de laboratoires, de rayons X, ainsi que d'ateliers de thérapeutique par le travail et d'un petit domaine.

Il existe à Maracaibo un petit asile d'aliénés et à Caracas quelques maisons de repos, dont l'organisation technique laisse beaucoup à désirer.

ENSEIGNEMENT ET PRATIQUE PSYCHIATRIQUES. — Le Dr Torrealba peut être considéré comme le premier spécialiste vénézuélien et comme le maître des aliénistes de la génération actuelle. Cependant, avant ce maître, quelques travaux théoriques avaient été publiés, parmi lesquels la thèse de Semprún, sur la Paranoïa, quelques travaux de divulgation de L. Rozetti et d'autres, de Diego Carbonel, dont l'essai sur « Le mal comitial du Libérateur » mérite d'être cité, car c'est une pathographie de Simón Bolívar qui déclenchait à cette époque une polémique assez violente. La production scientifique actuelle, quoique ayant augmenté, est encore peu abondante et manque d'organes spécialisés. Elle n'est faite que de travaux, sur des cas cliniques, d'articles de divulgation et de rapports de psychiatrie médico-légale, ainsi que de quelques travaux originaux publiés dans les revues de médecine générale, telles que : *Revista de la Policlínica de Caracas*, et tout particulièrement, dans la *Gaceta Médica de Caracas*. Les spécialistes qui s'y consacrent le plus sont Léon Mir, Ricardo Alvarez et F. Herrera Guerrero.

L'enseignement de la médecine mentale est très sommaire, car les chaires de psychiatrie et de neurologie n'existent point à la Faculté de Médecine : La spécialité, étudiée très partiellement, est considérée comme un chapitre de la clinique médicale. Indépendamment de l'enseignement officiel, les chefs de service de l'Hôpital psychiatrique municipal font un cours libre de clinique mentale, pour leurs vingt internes. En outre, les élèves qui s'intéressent à cette spécialité rédigent une demande pour faire leur internat à l'asile et leur stage est reconnu par la Faculté.

POPULATION D'ALIÉNÉS. — Le nombre d'aliénés hospitalisés à Caracas était, en 1936, de 680, dont 80 étaient dans la section du pensionnat. Bien que l'asile soit de construction récente, la place manque et ne répond pas aux besoins réels, car il est encombré. C'est pour cela que l'on construit actuellement un Asile-Colonie modèle aux environs de Caracas.

La classification adoptée jusqu'en 1937 était celle de Kræpelin, mais elle a été remplacée par celle de l'Association Américaine de psychiatrie, recommandée par les « Journées Neuro-Psychiatriques Pan-américaines » (1937), dans le but d'unifier les statistiques.

Le coût d'entretien de chaque malade est de 1 peso 92 par jour dans les services généraux et de 3 pesos dans le pensionnat.

HYGIÈNE MENTALE. — Il existe, dans les milieux médicaux, un courant marqué pour développer l'organisation de l'hygiène mentale ; l'importance de tout premier ordre donnée à cette branche lors du « Premier Congrès Vénézuélien de l'Enfant » en 1937 en est d'ailleurs la meilleure preuve. Le Ministère de l'Hygiène a créé le Conseil d'Hygiène Mentale, qui fait partie de la Croisade Sanitaire Nationale. Il sera, à l'avenir, l'organisateur des travaux de propagande et d'éducation sociale.

Un Dispensaire d'Hygiène Mentale Scolaire a été créé ; il est chargé d'étudier les élèves au point de vue neuro-psychiatrique et d'acheminer les arriérés vers la Colonie d'Enfants Anormaux. Le Dispensaire a également pour mission de faire un cours spécial aux infirmières générales, aux infirmières hygiénistes et aux visiteuses sociales.

#### CONCLUSION

Bien qu'en tout temps et en tout lieu le but primordial de l'activité psychiatrique soit le sentiment d'amour envers le prochain atteint de maladie et le vif désir de découvrir la nature



de son anomalie, on voit, à l'époque actuelle, s'accroître un changement dans cette activité, laquelle pourrait, en quelques mots, se caractériser par les tendances qui suivent. L'activité du psychiatre, qui était surtout légale et consacrée à la défense sociale, s'efforçant de reconnaître et de séparer « l'aliéné », devient confidentielle, essayant de comprendre l'individu malade de psychose ou de névrose. De doctrine neurologique qui envisage son objectif avec des hypothèses concernant les fonctions cérébrales, elle tend à se déployer en conceptions anthropologiques qui contemplent tous les aspects de l'être humain malade mentalement. De ce qu'elle avait comme principal but scientifique le diagnostic, elle s'enrichit en fixant son attention sur l'analyse phénoménologique et sur l'interprétation génétique et biographique de chaque cas. De nosographie statique et pessimiste, elle marque une évolution vers la thérapeutique active et réparatrice. Enfin, de spécialité isolée qu'elle était à l'intérieur des murs de l'asile, elle se développe comme partie intégrante de la médecine curative et préventive, et comme complément indispensable à la formation du praticien, dont les malades, même les malades somatiques, sont des êtres doués de vie animique qui demande un soin tout particulier.

Les tendances de la psychiatrie en Amérique du Sud suivent le changement universel dont nous venons de donner une esquisse. Dans certains pays, l'évolution est rapide, dans d'autres lente ou à ses débuts. Il existe aussi des divergences en ce qui touche les différents aspects : dans plusieurs républiques, l'homme souffrant de psychose est encore considéré plutôt comme un cas de diagnostic, avec critère légal et social, que comme malade apportant des problèmes d'intérêt individuel et thérapeutique. Il ne manque pas non plus de cas où la psychiatrie dépend encore de la médecine légale. De même, la pénétration de l'activité psychiatrique dans le champ de la médecine générale est encore à ses débuts. Naturellement, comme cela arrive dans les pays de culture plus ancienne et plus élevée, la dépendance théorique de la psychiatrie envers la neuro-pathologie est encore très accentuée, dans la plus grande partie des pays sud-américains. Mais, en Amérique du Sud, ceux qui se consacrent à l'étude de la psychiatrie tendent, sauf de rares exceptions, à introduire de salutaires réformes dans la pratique et dans l'enseignement, en luttant noblement contre les résistances du public et contre le manque de protection des institutions civiles et de l'Etat lui-même.

---

# SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

---

*Séance du Jeudi 20 Avril 1939*

---

**Présidence : M. LAIGNEL-LAVASTINE, président**

---

## PRÉSENTATIONS

**Sur la localisation de l'incohérence au délire,  
par MM. J. VIÉ et RAUCOULE.**

Dans son travail avec Villemetz sur les démences vésaniques, l'un de nous signalait ces formes spéciales de délire, difficiles à classer, dans lesquelles l'incohérence survient, pour ainsi dire, d'emblée et domine l'ensemble du tableau clinique. Baillarger le premier avait décrit des cas de ce genre, que l'on a pu qualifier de démence incohérente. Or, on est frappé, chez ces sujets, par le contraste entre l'incohérence verbale complète et incessante, et la conservation d'une activité appliquée à des fins utiles, aux travaux du ménage, à ceux de la buanderie, de la couture, etc... Alors que leurs paroles n'ont aucune suite, que leurs phrases sont disloquées, leurs actes, ou tout au moins certains d'entre eux, demeurent coordonnés, quasi-normaux.

Nous voudrions envisager aujourd'hui des dissociations plus électives à l'intérieur même des fonctions verbales et graphiques. Il s'agit de syndromes paranoïdes, l'un contemporain de la ménopause ; l'autre paraît survenu au cours d'une démence

précoce à évolution lente ; de cette dernière, nous vous apportons seulement des écrits.

La malade que nous vous présentons *n'est incohérente que dans ses propos délirants. Son langage est normal lorsqu'on la fait parler des circonstances normales de sa vie.*

OBS. I. — Mme Blanche-Marie L., couturière, née en 1891, est internée à 47 ans, le 4 mai 1938, avec le certificat suivant : « Psychose hallucinatoire chronique. Dissociation avancée. Dit supporter la calamité publique, avoir été enlevée à l'âge de 3 ans et placée alors dans un cirque de Postdam pendant 8 mois. Propos décousus, impropriété des termes, syntaxe personnelle. On la poursuit, elle est soumise « au pouvoir de l'élan en quantités. Un pouvoir traverse les murs de sa chambre ». Evolution remontant assurément à plusieurs années, pétition des voisins en 1936, renouvelée en 1938. Pouls 120. Moiteur extrême des mains. » (D<sup>r</sup> Brousseau).

A Ste-Anne, X. Abély signale des néologismes, des hallucinations auditives et cénesthésiques, des idées délirantes imprécises de persécution, de grandeur, de filiation.

De mai à décembre 1938, elle s'est alimentée à peine, d'un peu de pain et de lait. De 70 kg., elle est passée à 47 : elle a donc perdu 23 kg. en 8 mois. Elle crachait continuellement, ne tenait pas au lit, se tenait debout près de la porte, réclamant son départ.

Depuis la fin de décembre, elle s'alimente mieux, elle a repris 6 kg. ; elle paraît moins inquiète ; depuis février, elle s'occupe au ménage et raccommode avec beaucoup de soin. Elle présente moins souvent des actes absurdes, tel celui de dresser son lit sur l'une de ses extrémités « pour le mettre en équilibre ».

La tension artérielle est un peu élevée : 18-11 au Vaquez. Les réactions humorales sont négatives. Les règles n'ont paru qu'une seule fois, en août 1938. La pilosité labio-mentonnaire existait déjà l'an dernier. Il s'agit probablement d'une ménopause en cours.

1) *Propos spontanés de la malade.* — Parfois Blanche-Marie paraît répondre à des voix ; souvent elle soliloque ; ses propos sont alors *tout à fait incohérents*. Il en est de même si nous l'invitons à nous parler de ce qui la préoccupe. On retrouve dans ses paroles des éléments délirants de grandeur, de persécution, de transformation de sa personne ou de l'ambiance, qui se juxtaposent sans constituer un thème systématisé.

« Je suis la femme de St-Ouen, la femme du logement des insultes, la femme aux huit planètes.

« J'étais au pouvoir de la fenêtre au logement de St-Ouen, je suis rentrée ici par la pierre et ressortie par la pierre et menacée d'apprendre à vivre...

« Je suis de la planète Mars née de Neptune. C'est moi la petite-fille

de Postdam, c'est moi le trois A au pouvoir des mains du pied des insultes publiques adressées une après-midi. Le pouvoir cataclysme du logement du 29 juin 1937 est de 30 à 37, dû à la même glace du pouvoir de l'insulte qui m'avait été essayé étant enfant d'avoir tombé du haut d'une piste dans un cirque, la tête sur un pic, les deux pieds en l'air ; j'étais montée à bicyclette. C'est vil et horreur de m'abîmer ainsi. J'ai les ongles grenat. Le trait des pas a été au pouvoir de la police.

« Je n'ai jamais été morte et internée, j'ai été quatre fois mise dans un cercueil. Je suis une vraie vivante... J'ai passé glacée pour paraître morte. Ni amnésiée, ni léthargique. J'étais bien endormie, je me suis éveillée et on m'a aidée à me lever...

« Toute la nuit, j'ai eu tout le suppuré aimant par le poignard. On m'aspire pour me mettre ça dans le nez...

« J'ai été reine couronnée d'un royaume des nations pour le tour du pouvoir d'une fenêtre. La fenêtre 28, c'était le pouvoir des calamités où je demeurais...

« Je suis au monde la seule personne qui n'ait pas d'ombre. J'ai fait le tour que j'ai fait pour le prouver... le tour de Neptune.... »

Elle dit pouvoir parler 32 langues, en exprimer 28. Mais la glosso-lalie reste bien pauvre. A l'en croire, *oui* se dit en allemand « un pieu », en autrichien « ti », en polonais « bé », etc...

2) Aussi avons-nous été surpris lorsque nous avons posé à Blanche-Marie, le mois dernier, des *questions méthodiques* sur sa vie, sur son passé, etc., d'obtenir des *réponses* sensées, suivies, *correctes*, comme vocabulaire et comme syntaxe. Nous avons pu reconstituer le passé de la malade, qui ne se mélange en rien avec le contenu du délire.

Née à Paris, elle a vécu dans la Côte-d'Or jusqu'à l'âge de 17 ans, elle y était domestique. Elle s'est mariée à 20 ans, en 1912, avec un cocher-livreur, n'a eu ni enfants ni fausse-couche. Son mari l'a quittée, un dimanche soir, en septembre 1936, il est revenu quelquefois lui dire bonjour sans reprendre la vie commune. Elle aurait fait de la couture jusqu'à son internement.

Toutes ces données sont concordantes : la mémoire est bien conservée. Blanche-Marie est orientée dans le temps et dans l'espace. Elle est capable de lire un petit texte, de le résumer, de le copier correctement. Elle dénomme avec exactitude les objets et en connaît l'usage.

Rien ne nous permet d'évaluer l'existence d'un affaiblissement possible par rapport au niveau antérieur, que nous ignorons complètement.

3) Enfin il existe chez elle une *conscience* relative quoique *très vague du dualisme* de son comportement. Elle ébauche une distinction des deux domaines. « Je n'ai pas une double tête, mais un double cerveau : ce n'est pas la même chose. » Ayant écrit son nom, elle ajoute : « Je m'appelle aussi John Bull, mais pas pour vous servir ».

Signalons encore un effort de précision philologique qui indique

peut-être quelque sentiment de gêne dans le choix des vocables. « Parler et causer, dit-elle, n'est pas la même chose. Pour parler, faut pas de la mâchoire être embrouillé. Faut pas être fofourche. » A propos d'une chute qu'elle avait faite en glissant sur le parquet, elle précise « je n'ai jamais été tombée comme on choit, mais glissée d'un genou ».

L'affectation de ces paroles les rapproche d'ailleurs beaucoup du domaine délirant duquel relève le trouble du langage.

Nous désirons rapprocher de ce cas celui d'une autre paranoïde, observée par l'un de nous à Moisselles, et dans lequel la dissociation portait sur les écrits. Tandis que la malade adressait à sa famille des lettres absolument correctes de fond et de forme, elle continuait à se montrer incohérente en paroles, et à couvrir des cahiers de grimoires sybillins.

Obs. II. — Hélène B., employée de commerce, est internée à 34 ans, le 6 octobre 1933, avec le certificat suivant de de Clérambault : « Démence précoce à marche lente, autisme, inertie habituelle, conservation de l'aisance et de l'affabilité, mais isolement. Idéation cosmologique et hypocondriaque, paresthésies viscérales complexes, paralgies, étrangeté des choses et d'elle-même, nouveauté des sons, de la pluie, du chant des oiseaux. Termes à sens hermétique, assertions fabuleuses, phrases inconsistantes. L'opération de l'oie, de l'air, et de l'œuvre, on descend des planètes par l'ince, l'once et l'eau. »

En 1927, elle avait été hospitalisée à la Salpêtrière dans le service de Crouzon, elle reporte à cette époque les faits initiaux de son délire. Plus récemment, elle avait acheté des livres d'occultisme, de magnétisme, pour s'expliquer les troubles qu'elle éprouvait.

A Moisselles, elle fut au début très troublée, plongée dans le délire. Sa tension artérielle s'éleva à 21-10 (Pachon) en 1936, avec une arythmie cardiaque. La réflectivité est normale, les réactions humorales négatives dans le sang et le liquide céphalo-rachidien.

En janvier 1937, on note une amélioration sensible du comportement. Hélène commence à s'occuper, et écrit sa première lettre correcte. Mais les propos restent incohérents avec des troubles de la syntaxe, des acceptions néologiques du vocabulaire, la traduction d'hallucinations cénesthésiques et psychomotrices, la persistance d'idées de métabolisme, de persécution, de filiation.

« A la Salpêtrière, on m'a fait un acte sexuel sans autorisation de mariage et un détournement des muscles de mon corps, on m'a passée à la toise. » Son grand-père est « B. — République ».

« Je pense que véritablement c'était un commencement d'instruction ; l'administration s'était vue dans l'obligation de convoquer mon corps pour voir ce qui arriverait. »

En mars 1937, l'amélioration s'affirme, mais le maniérisme sybillin



de la démence précoce persiste. Hélène, bien orientée, s'occupe régulièrement à coudre et nous l'envoyons à la Colonie de Dun. « Rien de mystérieux, dit-elle, tout est régulier. Pour moi, boire, c'est boire ; manger, c'est manger ; dormir, c'est dormir. » Être libre, « c'est respirer correctement, aller et venir convenablement, pouvoir penser et réfléchir à sa vie privée ».

Mais tandis qu'elle écrit encore des lettres correctes à sa mère, elle couvre tout un cahier de signes cabalistiques. Nous vous en présentons une page. Ces mots sans suite, souvent dépourvus de sens, forgés par assonances, séries, déplacements de lettres, assemblages arbitraires, lui sont dictés, dit-elle, par l'électricité, par des accus, et la Préfecture de police lui interdit de les montrer. On y retrouve surtout des éléments de thèmes mégalomanes et érotiques.

Les caractères sont maniérés, incomplets, quelques-uns semblent empruntés à des alphabets étrangers (notamment à l'alphabet grec, en accord avec le prénom de la malade : Hélène). D'autres sont de purs hiéroglyphes.

En voici quelques exemples, parmi les plus suivis :

STABAT

TRAITE

L'EMPEREUR A PRIS DECISION SABBAT

NICOLAS A DIT SATA-BA pour lui.

LE SORT A ETE A PEU PRES FIXE SUR DE GRANDES

Allemandes.

L'EMPEREUR A DIT : Consort de Famille, 20 bono

L'EMPEREUR D'AUTRICHE A dit Hellene A BOUTOL-

CONTRAT DE MARIAGE SUIT NANA

Wallons

Ailleurs ce sont des lettres, des syllabes isolées, etc.

On reconnaît là le symbolisme et l'activité de jeu de la démence précoce.

*En résumé*, nous venons de constater, chez l'une de ces malades, un langage normal, chez l'autre des écrits normaux lorsqu'elles traitent de thèmes normaux. Lorsqu'elles glissent dans le plan du délire, qui paraît être d'ailleurs, au moment où nous les avons observées, leur plan de pensée spontané, dominant, immédiat, elles adoptent, l'une un langage, l'autre une écriture incohérents.

En passant d'une modalité à l'autre, on voit changer à la fois la tonalité, le vocabulaire, la syntaxe, le contenu, la relation entre le contenu et l'expression. Blanche, délirante, émaille ses propos d'inflexions étranges, achoppe ou escamote des syllabes, attribue aux mots un sens néologique. L'un de nous a retrouvé tous ces phénomènes chez les vieux délirants chroniques, bien

réintégrés au réel, lorsqu'on leur fait évoquer leur délire ancien. Ce sont les *stigmates indélébiles de la pensée délirante*.

Hélène, dans ses grimoires, écrit en caractères majuscules ou déformés, ampute et transforme les mots, comme s'ils ne valaient plus qu'à titre de symboles. La syntaxe dans les deux cas est contournée, torturée, inexistante. Les rapports logiques n'importent plus, les thèmes délirants ne sont pas énoncés de façon nette, mais réduits à des bribes qui permettent à peine d'en soupçonner le contenu.

Le contraste de cette *incohérence, expression du délire*, n'en est que plus frappant avec les propos tenus presque au même moment, de façon correcte, avec les lettres normales rédigées dans les mêmes journées, dont le contenu comme l'expression *appartiennent au domaine du réel*:

La coexistence de modalités expressionnelles aussi opposées est évidemment d'une interprétation délicate. Le trouble fonctionnel qu'elles impliquent est d'un ordre tout à fait différent de ceux qu'on observe dans les lésions vasculaires ou inflammatoires du cerveau (aphasies, apraxies, etc.). Il n'en apparaît pas moins doué d'une *systématisation* très nette, que nos cas ont peut-être le privilège de mieux mettre en évidence parce qu'il s'agit de malades en voie d'amélioration partielle. Nous assistons à un retrait du processus morbide qui se produit de façon inégale sur les diverses fonctions. Tandis que, naguère encore, l'incohérence submergeait tout le psychisme, elle a libéré aujourd'hui, chez les deux malades, l'activité appliquée, chez l'une partiellement l'écriture, chez l'autre partiellement le langage : ces praxies ne sont plus entièrement à la seule disposition du délire.

Quel que soit le sens de ces localisations fonctionnelles, elles démontrent, croyons-nous, le caractère partiel de l'atteinte morbide. Elles ne permettent pas d'étendre à toute la psychiatrie le type des dissolutions uniformes conçues selon les vues de Hughlings-Jackson, qui d'ailleurs admettait formellement l'existence, dans les folies, des dissolutions « locales ».

Et de même que les séquelles des délires chroniques traduisent jusqu'à la fin le rôle primordial de l'hallucination, de même, dans les psychoses incohérentes qui semblent mettre en jeu un autre facteur, c'est toujours à l'existence et à l'intensité du processus psycho-pathologique basal qu'est liée la manifestation morbide. Celle-ci a pu diffuser, se généraliser. Son retrait, en la montrant partielle, élective, nous fait toucher du doigt le trouble fondamental qu'il faut chercher à circonscrire.

M. HESNARD. — Ce cas met en évidence ce que l'on constate très souvent, la coexistence d'une pensée normale et d'une pensée morbide, ce qui prouve bien que celle-ci ne dérive pas de la première.

Ce qui est étonnant dans le cas particulier, c'est la rapidité relative avec laquelle de tels troubles schizophasiques se sont installés, puisque la malade vivait en liberté et exerçait encore sa profession il y a 3 ans.

M. MARCHAND. — De tels troubles sont, en effet, des signes de chronicité et comportent habituellement un sombre pronostic.

M. GUIRAUD. — La malade que vient de présenter M. Vié est intéressante, non pas qu'il s'agisse d'un cas exceptionnel, on trouve, en effet, quantité de malades de ce genre dans nos établissements, mais parce qu'elle peut servir de base à des discussions d'actualité. D'abord, il faut remarquer que le terme d'incohérence appliqué au langage délirant de cette malade est bien exact en gros, mais cette involution du langage obéit à certaines lois que j'ai essayé de préciser dans mon article sur les stéréotypies et dans d'autres : mots prenant une valeur capitale, extension du concept, formules obligatoires, fixation invariable, suppression des liaisons logiques, etc... D'autre part, je me demande comment la doctrine néojacksonnienne des psychoses peut s'appliquer à des observations de ce genre. Quoique les jeunes générations admettent le néojacksonnisme avec docilité et sans discussion, je n'en puis accepter, pour ma part, un certain nombre d'affirmations. 1° Je ne crois pas à une pathogénie démentielle qui fait, de toutes les psychoses, le résultat d'une dissolution uniforme. Je me demande quelles sont les fonctions mentales dont la disparition peut produire un délire comme celui-ci. Sans doute, dans le domaine du délire, la structure logique du langage, le jugement, l'autocritique, sont atteints, mais ils persistent en dehors de la pensée délirante. Cette dernière est bien d'un niveau inférieur à la pensée normale, mais il ne s'agit pas d'une baisse générale, uniforme, de niveau. 2° Je ne puis admettre que tous les symptômes soient des manifestations de *déficit ou de désinhibition* ; à mon avis, nombre de symptômes mentaux sont d'ordre positif par action d'un excitant non physiologique, exemple : l'hypomanie, l'anxiété, etc... La physiologie a démontré depuis longtemps la réalité de l'activation des éléments nerveux par des excitants artificiels ou pathogènes. La question, quoique difficile, mériterait d'être reprise dans une large discussion.

M. COURBON. — La malade présentée et les considérations développées à son occasion par M. Vié prouvent le bien-fondé de la doctrine de Charles Blondel sur l'irréductibilité de la conscience morbide à la conscience normale et sur l'ineffabilité des états mentaux pathologiques. Ces malades ont un langage incohérent, illogique, absurde, inintelligible, enchevêtré d'expressions, d'intonations et de vocables extravagants, en un mot un langage hermétique, chaque fois qu'elles ont à communiquer à autrui les perturbations idéo-affectives qui se passent en elles et que personne ne leur a appris à classer et à désigner. Elles ont, au contraire, un langage parfaitement correct et compréhensible chaque fois qu'elles ont à communiquer des sentiments, des idées, des actes conformes aux données de leur expérience d'avant la maladie, c'est-à-dire chaque fois qu'elles ont à communiquer des sentiments, des idées, des actes, pour le classement desquels la société les a munis d'une logique et pour la dénomination desquels la société les a munis d'un vocabulaire et d'une syntaxe.

La description des troubles psychologiques du langage en rapport avec le délire, leur distinction d'avec les troubles aphasiques, leur transformation régressive ou progressive, ne peuvent être étudiées avec aisance que par la méthode psychophonographique. J'ai déjà amassé quelques documents. Et je me fais un plaisir d'enregistrer, pour mes collègues désireux de poursuivre cette étude, les malades qui présentent de tels troubles.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Je signale le très gros intérêt des considérations que vient d'exposer M. Vié à l'occasion de ces malades. Et à ce propos, je rappelle l'adage : C'est par le pathologique qu'on pénètre dans le psychologique.

Cette différence entre l'activité intellectuelle théorique et l'activité pragmatique, ayant chacune un vocabulaire spécial, se retrouve chez les gens normaux. Les philosophes qui excellent dans l'activité théorique ont, pour exprimer leurs spéculations, un langage tout différent du langage courant dont ils se servent comme tous les autres hommes dans l'activité pragmatique de la vie quotidienne. Saint Thomas-d'Aquin distinguait ces deux genres d'activité qui, chez le même individu, ne sont généralement pas d'un développement égal, lorsqu'il opposait le don d'intelligence au don de conseil.

**Autopugilisme réactionnel à une paresthésie dans le domaine du nerf maxillaire supérieur droit chez un tiqueur, par MM. LAIGNEL-LAVASTINE, GALLOT et PAUGAM (présentation du malade).**

Notre malade présente des paresthésies de la joue droite, avec tics de la face et de la langue, entraînant des gestes curieux d'auto-pugilisme réactionnel.

Son histoire est la suivante :

M. M. J..., 48 ans, ancien officier de l'armée russe, exerçait jusqu'à 1935 la profession d'artiste peintre dans une firme cinématographique. Il a dû interrompre son travail, pour deux raisons :

Il avait l'impression que son œil le trompait : il *doutait* de l'harmonie des couleurs, il lui semblait que des étrangers se promenaient dans sa chambre ; un simple geste de frotter sa paupière droite et tout disparaissait.

D'autre part, il accusait dès ce moment, et le phénomène persiste, une sensation vague de prurit, d'agacement, au niveau de la joue droite. Nous avons essayé d'analyser cette sensation : c'est une impression intermittente de démangeaison, quelque chose qui gratte de temps en temps, comme si un animal quelconque grimpait le long de l'aile du nez jusqu'à la paupière inférieure ; sensation peu douloureuse, mais exaspérante par sa répétition. Elle n'existe qu'à droite, dans le territoire du trijumeau, plus spécialement la branche maxillaire supérieure. Elle doit être en rapport avec une infection légère, lors de la chute des dents. Pour chasser cette paresthésie, le malade a essayé divers procédés, applications locales d'eau tiède ou froide, mouvements de rotation ou de flexion de la tête et du cou, pression avec la paume de la main. Depuis deux ans est apparu un tic de la face, des lèvres et de la langue extrêmement curieux. Brusquement, les lèvres se pincent, s'enfoncent dans la bouche, la langue est serrée entre les arcades dentaires ; ce mouvement dure 30 secondes environ, disparaît, pour reprendre presque immédiatement et durer 2 à 3 minutes, au total. Il s'accompagne d'un bruit très particulier, de claquement ou de croassement, variable avec les crises, mais quasi constant.

Le malade a cherché rapidement à se défendre contre ces mouvements bruyants et désordonnés, particulièrement pénibles : il se frappe lui-même avec violence ; le poing droit bien fermé, il s'administre, avec une force extrême, des coups sur la mâchoire, le nez, l'œil ; il a passé des matinées, ou des après-midis, à se frapper violemment, se cassant les dents à diverses reprises.

D'ailleurs, ses tics et ses gestes de défense apparaissent de fréquence variable : espacés, quand le malade est occupé ou se promène ;



très rapprochés au cours de l'interrogatoire, ou dans la foule. Le fait de vouloir siffler ou souffler, de raconter son histoire augmente le nombre des crises.

Le malade est devenu très émotif, il est pusillanime à l'extrême ; la vue d'une aiguille, d'une seringue, d'une goutte de sang suffit [bien souvent] à provoquer une syncope. Un petit état dépressif se surajoute à tout ceci : le malade, qui occupait une situation importante, craint d'être pour toujours à la charge de la société.

Nous avons examiné ce malade.

Localement, il semble qu'il n'y ait aucun trouble sensitif, à la piqure, au tact, au chaud et au froid. Nous n'avons trouvé de troubles sympathiques qu'une petite différence thermique d'un degré en plus au niveau de la pommette droite avec le côté opposé ; aucune atrophie musculaire, aucune paralysie, mais une douleur légère à l'émergence du nerf maxillaire supérieur. L'examen neurologique complet est resté négatif ; à part les pupilles paresseuses à la lumière, il n'y a rien à signaler. Le malade, ancien spécifique (chancre en 1916), semble guéri de ce côté : Wassermann du sang négatif ; à la ponction lombaire : réactions négatives, albumine 0,20, benjoin 0000000220000000 ; tension artérielle 13/9.

Signalons dans les antécédents, à part le chancre, le typhus exanthématique en 1919, et une fracture de fémur droit par balle.

*En résumé*, il s'agit d'un malade douteur et tiqueur. Des paresthésies, en relation vraisemblablement avec une atteinte légère des branches du nerf maxillaire supérieur droit, ont provoqué des gestes peu banaux de défense (sorte d'auto-pugilisme), qui, du reste, ne calment pas les sensations paresthésiques.

M. HESNARD. — Le cas est extrêmement complexe. Au point de vue moteur, le sujet semble n'être pas simplement un tiqueur. Il existe chez lui un état particulier de la motricité, une spasmodicité qui empêche l'exécution lente des mouvements de la face. Nous n'avons pas pu obtenir de lui qu'il réalise, malgré tous ses efforts, la mimique du sifflement. Et pourtant, à certains moments, il siffle très bien, mais brusquement, spasmodiquement.

Par ailleurs, les sensations paresthésiques sont l'expression d'une épine sensitive.

M. COURBON. — Dans ce cas, comme dans beaucoup d'autres, on peut, dans la conduite complexe du sujet, distinguer, d'une part, l'effet direct de la maladie elle-même, d'autre part, l'effet de la réaction du malade à sa maladie, c'est-à-dire l'effet du jugement et de l'explication qu'il donne de sa maladie.

Les paresthésies, les tics, les spasmes, sont l'effet de la maladie, maladie dont la nature reste à préciser. Les coups de poing qu'il s'applique sur les régions douloureuses et sur les muscles rebelles à ses efforts pour parler ou pour siffler sont l'effet de la colère et de la lutte qu'il engage pour se débarrasser des douleurs et des entraves de la maladie.

**Mélancolie anxieuse chez un causalgique, amputé de 3 doigts de la main droite, par MM. LAIGNEL-LAVASTINE, GALLOT et PAUGAM (présentation du malade).**

Nous présentons un cas de causalgie chez un mélancolique anxieux :

M. B. Maurice, âgé de 48 ans, travaillait dans une usine d'aviation jusqu'au 8 décembre 1938, où il a été victime d'un accident. Sa main droite, prise sous un poids de 3 tonnes, a été écrasée, les 3 doigts intermédiaires ont dû être sectionnés au ras de la première phalange. Jusque-là, le sujet était en parfaite santé ; travailleur, sérieux, enjoué, il menait une existence sans histoire. Un mois après l'accident, sont apparues des douleurs très violentes, à type de causalgies, en même temps que se développait un syndrome de mélancolie anxieuse.

Nous insistons d'emblée sur deux points essentiels : la causalgie, l'accès mélancolique.

Nous ne voulons pas analyser à fond cette causalgie ; cependant certains signes classiques sont ici particulièrement nets : sensation de brûlure vive, « ça me brûle, ça me brûle, j'ai la main en feu » ; aspect de la main, soigneusement protégée par le malade contre les chocs ; exaspération de la douleur par le frôlement, alors que le toucher franc est supportable ; par le chaud, la chaleur du lit : la main reste toujours hors du lit, pendante. La main, les doigts surtout sont rouges ; le malade secoue violemment sa main, d'un geste large, comme s'il voulait s'en débarrasser : thérapeutique toute spontanée de la causalgie et de l'acromélgie sur laquelle M. Tinel a insisté.

L'immersion dans l'eau chaude provoque une réaction vagale, avec pâleur, nausées, sans conscience des membres fantômes.

Nous passons sur les autres symptômes, qui sont banaux, pour nous occuper de l'état psychique. Déjà, nous avons vu que le malade était jusque-là en parfaite santé ; avec les douleurs et l'insomnie, consécutives à l'accident, est apparu assez rapidement un syndrome de mélancolie anxieuse. Le malade est très agité, debout constamment, les yeux hagards. Idées d'indignité, auto-accusations, refus d'aliments, angoisse de mort prochaine, par échafaud ou pendaison, etc... ; le tableau est complet.

Nous avons gardé ce malade 2 mois. L'acéthylcholine, à hautes doses (0,40 par jour pendant 20 jours), semble avoir calmé les douleurs : le malade se plaint moins ; il mange et dort mieux ; mais son état psychique rend difficile d'apprécier les résultats de la thérapeutique ; c'est cet état qui actuellement domine la scène ; des hallucinations visuelles et auditives sont apparues, il y a une quinzaine de jours ; l'état d'agitation va nécessiter le placement dans un hôpital psychiatrique.

*En résumé*, nous avons montré ce malade, parce que sa causalgie présente certains caractères très précis qui la rapprochent de l'acromélgie de Tinel, et qu'elle a déclenché un accès de mélancolie anxieuse, chez un sujet jusque là bien portant.

M. GUIRAUD. — La présentation de ce malade diffère assez des anxieux que nous voyons d'habitude. Les mélancoliques anxieux donnent une impression émouvante de sincérité, celui-ci ferait plutôt sourire par son théâtralisme, il ressemble à un mauvais acteur de cinéma. N'y a-t-il pas de l'exagération ou de la sur-simulation dans son cas ?

M. COURBON. — L'anxiété de ce malade est, en effet, très atypique. Sa mimique, son ton, ses propos fourmillent de contradictions. On a plus envie de rire de lui que de le plaindre. Il a l'air de prendre plaisir à l'aveu de ses crimes et aux vaticinations de son expiation. Il regrette conséquemment de n'avoir pas réussi à se rendre singe en commettant des actes de bestialité. Il confesse, avec des trémolos dans la voie, « qu'il a envie de se détruire sans en avoir l'idée ». Il promène sur l'assemblée un regard plus provoquant qu'inquiet, en lui demandant si elle n'a pas encore été atteinte des malheurs qu'il sème à la ronde.

Néanmoins, je le crois tout à fait sincère. Et je crois qu'il réalise un de ces états mixtes de psychose maniaque dépressive qui, pour moi, sont une des descriptions cliniques les plus lumineuses de l'œuvre de Kræpelin. On est devant un enchevêtrement contradictoire de phénomènes d'excitation et de dépression, de douleur et d'aisance, de propos mélancoliques et d'humeur hyperthymique.

M. HESNARD. — Je crois, comme M. Courbon, qu'il s'agit d'un état mixte de psychose maniaque dépressif. De tels états, où le syndrome anxieux est incomplet et panaché de manifestations maniaques, ne sont pas très rares chez des malades nullement exagérateurs.

M. VIÉ. — Je demande à MM. Laignel-Lavastine et Courbon, qui ont publié ensemble une étude sur les accidentés de la guerre, si les causalgies par blessure du médian présentent souvent une telle complication.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Chez notre sujet, il ne s'agit pas de causalgie vraie, mais d'acromélgie. La causalgie survient dans les blessures du tronc du médian, et ce malade a eu une amputation complète de quelques-unes seulement des branches périphériques du médian. Les causalgies que nous avons observés pendant la guerre avaient une mentalité particulière. Meige disait d'eux : « Ne fait pas de la causalgie qui veut. » Cette mentalité se caractérisait par une hyperémotivité diffuse. Mais aucun de nos causalgiques n'eut le syndrome d'anxiété paradoxale et délirante que présente le sujet que nous venons de voir.

**Ramollissements cérébraux et cérébelleux multiples et progressifs chez une femme de 33 ans, par MM. L. MARCHAND, G. DEMAY et Jean NAUDASCHER.**

Il est classique d'admettre trois formes étiologiques principales de ramollissement cérébral : le ramollissement embolique survenant surtout au cours des cardiopathies ; le ramollissement thrombotique par artérite syphilitique ; le ramollissement dû à l'athérome des artères cérébrales. Il existe certainement d'autres causes de thrombose des artères cérébrales encore indéterminées. Le cas suivant en est un exemple.

Florence Y., femme T., est affectée d'une lourde hérédité psychopatique. Son père est un alcoolique, au caractère violent. Sa mère, débile mentale, a été hospitalisée à deux reprises à l'hôpital psychiatrique de Maison-Blanche, une première fois en 1905, puis de septembre 1924 à janvier 1930 pour un délire hallucinatoire de persécution mal systématisé ; elle est décédée le 21 janvier 1930, après un ictus apoplectique. Une sœur, sa cadette de deux ans, Simone Y., atteinte de psychose intermittente, se trouve actuellement à Maison-Blanche depuis le 9 mai 1923, après deux internements. Une autre sœur, Henriette, a été traitée pendant un an à l'hôpital psychiatrique Ste-Anne.

Florence Y., née le 13 juillet 1898, a toujours été émotive, impressionnable, d'un caractère difficile. Opérée de strabisme à 18 ans, elle aurait présenté à ce moment une crise nerveuse qui serait restée isolée. A 22 ans, elle a eu un enfant qui est bien portant. Jusqu'à l'âge de 32 ans, elle a toujours eu une santé satisfaisante. Elle travaillait depuis

dix ans pour une fabrique d'ouvrages en perles artificielles. Au dire de son mari, il lui arrivait de travailler jusqu'à deux heures du matin, pour recommencer dès sept heures.

Le 20 septembre 1931, à l'âge de 33 ans, au cours d'une promenade, elle présente brusquement une paralysie faciale gauche qui disparaît spontanément au bout de quinze minutes. Dix jours plus tard, elle se plaint de maux de tête, d'étourdissements qu'un médecin attribue à la fatigue oculaire, et qui rétrocedent rapidement.

Le 18 mai 1932, à la suite d'une frayeur, on constate de l'embarras de la parole et une monoplégie localisée du bras gauche, troubles de courte durée, comme la paralysie faciale de l'année précédente.

Le 19 décembre 1933, elle se rend à son travail très énervée (indocilité de son enfant, scène de reproches). Quand son mari la rejoint, à midi, elle a le bras et la jambe gauches paralysés. Il la conduit à l'hôpital St-Antoine, où malgré le résultat négatif de l'examen sérologique, elle est traitée par des injections bi-hebdomadaires de Quinby. Elle sort au bout d'un mois, les troubles moteurs ayant disparu en huit jours. Le traitement bismutique est continué pendant un an (6 séries de 12 piqûres).

En janvier 1935, troubles de la parole ; elle articule mal, ne trouve pas ses mots. Vertiges avec chute, mais sans perte de connaissance. Alternatives de gâtisme et de constipation. Apparition d'idées délirantes, fugaces, mobiles ; on veut l'empoisonner, on la suit, on veut faire du mal à son mari. Admise à l'hôpital Henri-Rousselle le 20 avril 1935, elle y reste deux mois pendant lesquels on note un état dépressif avec idées de persécution, agitation anxieuse par intervalles, refus d'aliments, aphasie, séquelles d'hémiplégie gauche.

Un examen du sang et du liquide céphalo-rachidien pratiqué le 25 avril 1935 donne les résultats suivants : *Sang*, Bordet-Wassermann, Meinicke et Kahn négatifs. *Liquide céphalo-rachidien*, Tension 35 ; albumine 0,20 ; Pandy 0, Weichbrodt 0, leuco 3, Meinicke et Bordet-Wassermann négatifs. Un examen des urines décèle 0 gr. 66 d'albumine.

A Maison-Blanche, où la malade entre le 22 juin 1935, à l'âge de 37 ans, ce qui prédomine c'est le syndrome aphasique, avec déficit intellectuel évident. La malade s'en tient le plus souvent à la même phrase : « Je le sais bien, mais je ne peux pas vous le dire ». Elle ne peut répéter ni un membre de phrase, ni même un mot. La dénomination des objets est impossible (« je ne peux pas, je sais ce que c'est, je suis bête »). Incapacité de lire, de nommer les lettres imprimées ou manuscrites. Incapacité d'écrire, de recopier un mot. Les ordres simples sont correctement exécutés, les actes compliqués non. Par contre, il n'existe pas d'apraxie. La malade s'habille et mange seule.

Son comportement est variable : généralement souriante, euphorique, il lui arrive de pleurer, de pousser des cris. Elle présente en outre des troubles du caractère, a des accès de colère. Dans l'ensemble, elle se montre indifférente. Le gâtisme qui n'existait pas au début



se manifeste au bout de quelques mois, de façon fréquente mais non continue.

Au point de vue moteur, on constate à l'entrée une hémiparésie gauche peu accentuée : la malade traîne légèrement la jambe gauche en marchant. Hyperréflexivité tendineuse généralisée, mais un peu plus marquée à gauche. De ce côté, signe de Babinski inconstant. Force musculaire diminuée également aux membres supérieurs ; mais hyper-tonie à gauche rendant la résolution musculaire impossible. Réflexe cornéen diminué à gauche. Réflexes cutanés abdominaux abolis bilatéralement.

L'examen des appareils respiratoire et circulatoire ne révèle rien de particulier. Aucun signe de rétrécissement mitral, d'endocardite chronique, d'anévrisme aortique. Tension artérielle, 15-10. Azotémie 0 gr. 45 p. 1.000. Dans le sérum, Bordet-Wassermann, Meinicke et Kahn négatifs. — Liquide céphalo-rachidien ; Albumine 0 gr. 45 ; Globulines 0 ; Leuco 0,4 ; Benjoin 00000.01110.00000 ; Bordet-Wassermann et Meinicke négatifs.

Cette fois encore, en dépit de l'absence de réactions spécifiques, la malade est soumise à un traitement arsenico-bismuthé, qui n'améliore en rien son état. A partir de décembre 1935, la marche devient plus difficile et prend un caractère nettement hémiplégique ; puis cet état se stabilise pendant un an, sans que les signes pyramidaux se soient modifiés. De même l'état mental et l'aphasie restent identiques : alternatives d'indifférence et d'irritabilité. Langage réduit à quelques mots toujours les mêmes. Règles régulières. Poids se maintenant entre 48 et 44 kgr. Température normale.

Au début de mai 1937, impotence fonctionnelle des membres inférieurs nécessitant l'alitement. Rapidement, attitude de paraplégie en flexion, d'ailleurs réductible. La station debout et la marche sont impossibles. Les réflexes rotuliens et achilléens sont très vifs. Pas de signe de Babinski appréciable. Contracture en flexion du membre supérieur gauche, avec exagération du réflexe radial, le réflexe oléocranien étant impossible à percevoir en raison de la contracture ; celle-ci empêche l'extension alors que par la flexion on peut amener l'avant-bras en contact avec le bras. A droite, contracture aisément réductible. Escarre fessière. Bien que la malade pousse des cris au moment de chaque examen, si on détourne son attention, on constate que la sensibilité à la douleur semble diminuée sur l'ensemble des téguments. La température qui s'est élevée en mai (aux environs de 38°) après quelques injections de Solmuth qui durent être interrompues de ce fait, redevient normale en juin après un série d'injections intra-veineuses de salicylate de soude ; la malade semble légèrement améliorée, s'alimente bien, parle un peu. Mais, en août, aggravation notable, oscillations thermiques irrégulières, troubles trophiques ; œdème de la main et du membre inférieur gauches (l'œdème de la main disparaissant d'ailleurs au bout de cinq jours), phlyctènes à la jambe et au pied gauches.

Le taux de l'urée dans le sang est de 0 gr. 45 p. 1.000. Une ponction lombaire faite le 30 août donne le résultat suivant : Tension (assise) 28 ; Glucose 0 gr. 83 ; Albumine 0,11 ; Globuline 0 ; Leuco 0,2 ; Benjoin 00000.22221.00000 ; Bordet-Wassermann et Meinicke négatifs.

La température oscille entre 38°5 et 37°. La malade s'affaiblit de plus en plus, éprouve de la difficulté à avaler même les liquides. Le 16 septembre, écume blanche aux lèvres, sans toux ni convulsions. Décès le 17 septembre 1937, à l'âge de 39 ans.

**AUTOPSIE : Système nerveux.** — A l'extraction de l'encéphale de la boîte crânienne, le cerveau apparaît très atrophié. Les circonvolutions dans leur ensemble sont séparés par des sillons très profonds, de sorte que la surface externe du cerveau, surtout dans sa moitié antérieure, prend un aspect anfractueux. La pie-mère ne présente aucune altération.

**Hémisphère gauche.** — Tout le long de la scissure de Sylvius, la pie-mère ne s'applique pas sur les circonvolutions sous-jacentes. Sur les coupes transversales, on note un foyer de ramollissement occupant les lèvres de l'opercule rolandique au niveau du pied de la troisième frontale et gagnant en profondeur la partie externe du troisième segment du putamen et la partie supérieure de la capsule interne.

Il existe un autre ramollissement intéressant la lèvre supérieure de l'opercule rolandique au niveau de la partie postérieure du pied de la pariétale ascendante et s'étendant en profondeur jusqu'au segment postérieur de la capsule interne.

Dans le centre ovale du lobe frontal à la hauteur des faisceaux du corps calleux, ancien ramollissement de la grosseur d'un pois.

**Hémisphère droit.** — Ramollissement étendu partant du pied de la troisième frontale et s'étendant en arrière jusqu'au pli courbe. Le ramollissement occupe surtout la lèvre supérieure de l'opercule et atteint en profondeur le pied de la couronne rayonnante.

Autre petit foyer cortical de la grosseur d'une lentille à la partie postérieure et supérieure de la première frontale.

Dans le cervelet, présence de deux petits foyers de ramollissements n'intéressant que le cortex et la région sous-corticale, tous deux de la grosseur d'une lentille, situés l'un à la partie antérieure et moyenne du lobe supéro-moyen du côté gauche, l'autre à la région interne du lobe supéro-moyen du côté droit.

Pas d'athérome des artères de la base. Pas de ramollissements dans les pédoncules, la protubérance et le bulbe.

Pas de granulations du plancher du quatrième ventricule. L'hémisphère droit pèse 440 gr. le gauche 460 gr. ; le cervelet et le bulbe 135 gr. La pyramide droite est nettement plus petite que la gauche.

**Examen microscopique.** — Les lésions cérébrales et cérébelleuses sont celles du ramollissement ; en outre, le cortex cérébral est le siège de nombreux petits foyers malaciques microscopiques ; on en observe dans toutes les coupes quelle que soit la région examinée.

Dans les foyers étendus, la lésion occupe l'écorce cérébrale et la substance blanche sous-corticale. La partie centrale du ramollissement est formée par une trame très lâche, formée des cellules et fibrilles névrogliques, dans laquelle se trouvent des histiocytes et des corps granuleux dont certains sont bourrés de granulations ocre. Parmi les petits vaisseaux qui sillonnent le tissu ramolli, certains sont complètement oblitérés par simple prolifération de leur endartère sans aucun processus inflammatoire, sans dégénérescence hyaline ou autre de leurs parois. Autour des foyers et très profondément, sclérose névroglique formée de cellules à protoplasma très développé avec production de nombreuses fibrilles.

L'artère nourricière des régions ramollies est oblitérée par un thrombus organisé. On ne note aucune altération de la limitante interne et de ses parois musculaires et adventitielles. Le thrombus est formé de tissu conjonctif néoformé composé de nombreuses cellules et de fibres collagènes disposées en tourbillons.

Les petits foyers microscopiques de ramollissement sont situés dans le cortex cérébral et occupent la couche moléculaire et celle des petites cellules pyramidales. Ils sont d'âges différents. Les foyers anciens sont représentés par une simple cicatrice névroglique renfermant quelques tractus vasculaires oblitérés.

Pas de plaques séniles, atrophie des cellules ganglionnaires sans surcharge pigmentaire. Quelques rares cellules corticales présentent la lésion neuro-fibrillaire d'Alzheimer.

Dans la substance blanche sous-corticale, espaces péri-vasculaires très dilatés avec raréfaction du parenchyme environnant. Aucune lésion méningée.

Dans le bulbe, même raréfaction du parenchyme autour des vaisseaux, dont certains présentent une légère infiltration embryonnaire de leur adventice. Pigmentation des cellules des olives. Légère dégénérescence des pyramides, plus prononcée du côté droit.

Dans la moelle, dégénérescence partielle du faisceau pyramidal croisé gauche. Les cellules des cornes antérieures présentent des lésions atrophiques légères. Peu de cellules présentent un zone lipoïdo-pigmentaire.

*En résumé*, une femme, à hérédité psychopathique chargée, est atteinte, à l'âge de 33 ans, d'une paralysie faciale gauche qui disparaît très rapidement. Huit mois plus tard, monoplégie brachiale gauche et troubles de la parole également transitoires. A 35 ans, hémip légie gauche qui rétrocede en huit jours. La malade subit un traitement spécifique intensif pendant un an. A 36 ans, troubles aphasiques et apparition d'idées délirantes qui nécessitent l'hospitalisation. L'examen du sang et du liquide rachidien est négatif. On constate alors un syndrome aphasique, des séquelles d'hémip légie gauche, de l'affaiblissement

intellectuel, de l'indifférence, des alternatives d'euphorie et d'irritabilité. L'examen de l'appareil circulatoire ne décèle rien de particulier. Un nouvel examen du sang et du liquide céphalo-rachidien est encore négatif, sauf une légère albuminose (0 gr. 45). La malade est cependant soumise de nouveau, sans résultat, à un traitement arsenico-bismuthique. L'hémiplégie gauche progresse, le langage est réduit à quelques mots. A 39 ans, apparition d'un état spasmodique avec contracture du côté droit et attitude de paraplégie en flexion. Un nouvel examen du liquide rachidien donne un résultat négatif. Cachexie et mort à l'âge de 39 ans. L'affection avait duré sept ans.

Le jeune âge de la malade, l'absence de signes d'artério-sclérose, d'insuffisance rénale, avaient fait éliminer le diagnostic de ramollissement cérébral par athérome ; l'absence de cardiopathie celui de ramollissement par embolie. Le diagnostic de ramollissement par endartérite spécifique syphilitique paraissait s'imposer, quoique les réactions sanguines et liquidienues fussent négatives. Le traitement spécifique continué avec ténacité n'amena, non seulement aucune amélioration, mais l'affection conserva sa marche progressive. En raison de l'évolution du syndrome, de l'absence d'hypertension intracrânienne et de modifications du liquide rachidien, le diagnostic de tumeur cérébrale fut écarté. Le diagnostic de ramollissements cérébraux par thrombose restait le plus probable. Les accidents successifs initiaux sans apoplexie, les parésies bilatérales et les troubles du langage passagers et variables, la déchéance intellectuelle consécutive plaidaient en faveur de ce diagnostic.

L'examen anatomo-pathologique montra qu'il était exact, mais, remarque importante, on ne note aucune trace d'athérome cérébral, aucune altération inflammatoire méningée ou vasculaire, aucun processus cérébral spécifique. Les lésions consistent en foyers multiples de ramollissement surtout corticaux ; un grand nombre sont microscopiques et dus à l'oblitération thrombotique des petits vaisseaux. A ces lésions s'associe une sclérose atrophique du cerveau. Ces altérations sont identiques à celles que l'on observe chez certains vieillards athéromateux, mais outre que, dans notre cas, on n'observe aucune surcharge lipéido-pigmentaire des cellules ganglionnaires, il n'existe aucune altération des parois vasculaires, même au niveau des thrombus organisés. Il s'agit donc d'une forme de ramollissements cérébraux à type progressif dans laquelle des facteurs héréditaires et constitutionnels ont dû intervenir, entraînant des propriétés physico-chimiques spéciales du sang circulant dans l'encéphale.



M. GUIRAUD. — Les coupes qui nous sont présentées sont, en effet, très démonstratives de l'intégrité des vaisseaux.

A ce propos, bien que le rapport de ce que je vais dire avec le syndrome ici discuté soit éloigné, je signale qu'en ces derniers mois, j'ai eu à observer trois fois l'artérite périphérique comme complication d'un état mental. Une fois une artérite fémorale chez une confuse mentale atteinte d'érysipèle, et cela ne m'a pas étonné. Deux fois des artérites fémorales et poplitées chez des femmes atteintes de délire aigu, ce qui est plus étonnant.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — L'observation qui vient de nous être présentée est très intéressante. Elle dément la pathogénie phlébitique et artéritique proclamée par Virchow et affirme la pathogénie thrombotique qu'il niait.

L'absence d'hypotension n'est pas en faveur d'une pathogénie analogue à celle que Lhermitte a récemment décrite pour le ramollissement cérébral.

En ces dernières années, j'ai observé quelques cas de ramollissements de nature non syphilitique survenant chez des individus peu âgés, indemnes de toute lésion initiale et qui sont à classer à côté du cas qu'on vient d'exposer.

Il est dommage que le dosage de l'urée dans le liquide rachidien n'ait pas été fait. Une thèse récente, dont l'auteur est interne des asiles, et ayant pour objet l'expérimentation chez les animaux, tend à démontrer que l'urée est un produit de désintégration des protides du cerveau. Il y aurait augmentation de l'urée d'abord dans le liquide céphalo-rachidien et plus tard dans le sang.

**Tumeur cérébrale de volume considérable. Etat dépressif léger. Syndrome neurologique terminal rapide après ictus syncopal unique, par MM. L. MARCHAND et R. DUPOUY.**

Les tumeurs cérébrales ne se traduisent fréquemment, au début de leur évolution et pendant de longs mois, que par des manifestations mentales si légères que les malades, ignorant la terrible maladie dont ils sont atteints, peuvent continuer leurs occupations journalières. Ils sont considérés comme des surmenés, des neurasthéniques, de simples déprimés. Dans le cas suivant, le sujet, porteur d'une volumineuse tumeur cérébrale, était atteint depuis quelques mois de troubles psychiques si peu accusés qu'il avait pu continuer son métier, parcourant de nombreux kilomètres avec son automobile, quand apparurent



les premiers symptômes neurologiques. La mort survint au moment même où son entrée dans un service de neuro-chirurgie était décidée.

M. Emile, 45 ans, représentant de commerce.

Depuis quelques mois ce malade présentait une certaine fatigabilité, quelques pâleurs fugaces, des suées brusques et non motivées, de l'insomnie, de la dépression, de l'énervement. Ces différents troubles étaient par sa femme et par lui-même mis sur le compte de soucis matériels, des difficultés professionnelles, des appréhensions du lendemain, et ne l'empêchaient pas de se livrer à ses occupations, de faire son métier de représentant en accomplissant des tournées dans une automobile qu'il conduisait.

Le 18 novembre 1938, au cours d'un voyage d'affaires en province, il est pris d'un ictus syncopal ; il perd connaissance, tombe lourdement à terre, se contusionne fortement la tête, la face, le côté gauche. Il continue cependant son travail, rentre à Paris le soir même, déclare à sa femme qu'il ne se ressent plus de rien, repart dans sa voiture le 22 pour ne rentrer que le 24, définitivement, après avoir parcouru avec sa voiture plusieurs centaines de kilomètres.

Le 24, pendant le déjeuner, apparaissent quelques troubles de la parole, confusion de mots employés les uns pour les autres, mais le trouble est très passager, très léger, passe presque inaperçu. Ce n'est véritablement que le 29 que le syndrome aphasique et paraphasique s'installe manifestement : erreurs de mots, difficulté croissante de l'élocution, finalement inintelligibilité complète des propos.

Un médecin consulté pense à des troubles artériopathiques provoqués en partie par du surmenage peut-être aggravé par l'abus d'apéritifs. L'examen du sang (B.W., Hecht, Desmoulières) est négatif, il n'y a pas d'hypertension artérielle nette.

L'un de nous voit ce malade le 7 décembre. Il est au lit, inerte, somnolent. Nous constatons de la mussion ; les paroles prononcées sont à peine perceptibles, il existe de la jargonaphasie, de la surdité et de la cécité verbales. Les pupilles sont inégales (D. +), leur contour est déformé mais les réflexes iriens conservés. Il y a un ptosis gauche, mais sans valeur car il daterait, paraît-il, de loin, peut-être même de l'enfance. Les réflexes tendineux des membres inférieurs sont exagérés ; nous observons un Babinski bilatéral, plus accusé à droite ; pas de clonus du pied ni de la rotule.

Pensant, devant cette somnolence croissante et ces troubles paraissant liés à une compression progressive des centres nerveux, à la possibilité d'une tumeur cérébrale, nous faisons transporter le malade à l'Hôpital Henri-Rousselle en vue de la confirmation du diagnostic par l'examen du liquide céphalo-rachidien et de la vue.

Le malade entre le 8 décembre. La ponction lombaire est immédiatement pratiquée.

Tension au-dessus de 100 — 27.

Albumine : 1 gr. 20 (Pandy positif, Weichbrodt partiel).

Leucocytes : 11.

Benjoin : 01100.22222.22000.

Parégorique, Meinicke, B.W. négatifs.

L'examen ophtalmoscopique (10 décembre, D<sup>r</sup> Lagarde), donne les résultats suivants : Pupilles, contours irréguliers, légère inégalité : (D. +). Réflexe photomoteur et convergence conservés. Fond d'œil. Œdème papillaire bilatéral plus marqué à droite mais non considérable. Les papilles œdématisées sont légèrement saillantes, on ne voit pas d'hémorragies. Tumeur cérébrale probable.

La somnolence persiste malgré la ponction lombaire. Le malade avale difficilement un peu de liquide, s'étrangle parfois en avalant son lait, demeure inerte, urine au lit.

D'accord avec la femme, nous préparons tout pour que le malade soit envoyé le 12 au matin en ambulance dans un service de neurochirurgie, lorsque, brusquement, ce même jour, l'état s'aggrave, du hoquet apparaît, la température s'élève et le malade décède à 16 h. 10, avec une température de 40°6 au moment de la mort.

AUTOPSIE : *Système nerveux*. — A l'ouverture de la dure-mère, le cerveau paraît trop volumineux pour la cavité crânienne. Les circonvolutions et les sillons sont effacés.

On note la présence d'une tumeur arrondie de la grosseur d'une petite mandarine légèrement adhérente à la dure-mère, faisant hernie et séparée sur ses bords du tissu nerveux environnant par un sillon intéressant les première et deuxième temporales gauches.

Sur les coupes transversales, la tumeur, de consistance molle, apparaît de coloration hortensia avec nombreux petits foyers hémorragiques. Elle fait corps avec le tissu cérébral. Elle est formée de deux masses accolées l'une à l'autre. Elle occupe le pôle temporal, l'insula, la lèvre inférieure de l'opercule rolandique et l'axe blanc de la moitié inférieure de la frontale ascendante.

Elle comprime le putamen qui est atrophié ; l'hémisphère gauche est refoulé à droite de la ligne médiane vers l'autre hémisphère. Le ventricule latéral gauche, surtout au niveau des cornes sphénoïdale et occipitale, ne se présente plus qu'à l'état virtuel. Le tissu cérébral situé en arrière de la tumeur a un aspect plâtreux et est de coloration jaunâtre.

Au niveau du cervelet les amygdales sont très proéminentes par refoulement dans le trou occipital. Pas d'athérome. Pas de granulations du plancher du quatrième ventricule. Le cerveau pèse 1.370 gr. Le cervelet et le bulbe 200 gr.

ORGANES. — *Poumons* : Le droit pèse 730 gr. ; congestion de la base. Le gauche pèse 560 gr.

*Cœur* : 400 gr. ; athérome aortique.

*Foie* : 2 kg. 100, légèrement sclérosé ; vésicule normale.

*Reins* : Le droit pèse 180 gr. ; le gauche 220 gr. ; ils sont congestionnés.

*Rate* : 300 gr.

EXAMEN MICROSCOPIQUE : *Système nerveux*. — La tumeur, suivant les régions examinées, revêt la forme d'un glioblastome ou d'un astrocytome à petites cellules. Elle est enfin modifiée par des lésions secondaires consistant en zones dégénérées, exsudats et foyers hémorragiques.

Les parties gliomateuses sont formées de cellules à noyau fusiforme, hyperchromatique, à corps très allongé, bipolaire, se terminant par quelques fibrilles. Nombreux noyaux sont en voie de division. Ces cellules sont tassées les unes contre les autres, avec tendance à se disposer par places en tourbillons. Les éléments gliomateux pénètrent dans le parenchyme par infiltration ; les cellules tumorales pénètrent dans le tissu sain une par une, d'une façon diffuse, étouffant les cellules ganglionnaires mais respectant en partie le réseau névroglique fibrillaire. Ces cellules jeunes ne présentent aucun caractère fibrillaire.

Les zones revêtent la forme d'un astrocytome à petites cellules sont constituées par des éléments plus évolués vers le type névroglique. Les cellules renferment un noyau arrondi ou ovoïde avec un ou plusieurs nucléoles. Le protoplasma est peu développé et prend mal les colorants ; il donne naissance à des fibrilles qui forment un réseau très lâche. Certaines cellules prennent nettement l'aspect d'astrocytes fibrillaires. Par places, lacs sanguins renfermant de nombreuses cellules néoplasiques et réseau vasculaire dont les parois sont épaissies, formées de fibres collagènes et de cellules volumineuses, contenant un noyau allongé, très riche en chromatine, avec nucléoles multiples. Cette zone angiomateuse donne au tissu un aspect télangiectasique.

Régions dégénérées étendues : certaines sont infiltrées par de grosses cellules mononucléées présentant l'aspect de macrophages et de polynucléaires en voie de désintégration. Nombreux foyers hémorragiques.

A côté de ces zones dégénérées, foyers d'exsudats fibrineux dans lesquels sont disséminés de rares cellules du type macrophage.

Dégénérescence des fibres myéliniques dès que les éléments tumoraux envahissent le tissu cérébral. Cellules névrogliques monstrueuses réactionnelles autour du tissu néoplasique.

La pie-mère ne présente aucun épaississement, mais, quel que soit la région des hémisphères, elle apparaît adhérente au cortex. Elle est infiltrée par places par des cellules mononucléées souvent disposées au niveau même de la face interne adhésive. Dans les sillons, la pie-mère est resserrée entre les lèvres des circonvolutions. Cette particularité semble en rapport avec la forte compression subie par le cerveau.

Les cellules ganglionnaires sont relativement peu altérées. A signaler seulement la disposition en tire-bouchon de leur prolongement ascendant.

Dans la substance blanche sous-corticale, nombreux capillaires sont

bordés de cellules mononucléées se disposant en palissade ou sur plusieurs couches.

Cette observation présente plusieurs points intéressants à relever :

Comme dans de nombreux cas, les symptômes généraux des tumeurs cérébrales ont fait défaut. Pas de céphalées, de vomissements, de vertiges. Ce furent d'abord, pendant des mois, de simples modifications du caractère, de la dépression et de l'insomnie, troubles mis sur le compte de difficultés professionnelles.

Le premier symptôme neurologique important, qui consista en un ictus suivi d'un retour rapide à l'état normal, entraîna, en raison de l'âge du sujet, une erreur de diagnostic bien compréhensible, celle d'ictus artériopathique. Le malade reprit ensuite pendant quelques jours ses occupations et put parcourir plusieurs centaines de kilomètres en conduisant lui-même son automobile. C'est alors qu'apparurent des signes progressifs d'aphasie sensorielle, de la somnolence, et que le diagnostic de tumeur cérébrale, bientôt confirmé par la constatation d'un œdème papillaire, par des modifications du liquide céphalo-rachidien, fut posé. L'état s'aggrava rapidement et la mort survint 18 jours après l'ictus initial.

La tumeur localisée dans le lobe temporal gauche est volumineuse et s'étend profondément dans le cerveau. Elle fait corps avec le tissu cérébral environnant, elle était inopérable. L'hémisphère atteint comprime fortement l'hémisphère opposé.

L'examen histologique montre qu'il s'agit d'un gliome d'une grande malignité et, comme le fait est fréquent, le tissu néoplasique revêt diverses formes, tantôt celle d'un glioblastome, tantôt celle d'un astrocytome à petites cellules. Il est, de plus, modifié par des lésions secondaires, si communes dans les gliomes à évolution rapide, telles que processus angiomateux, petits foyers hémorragiques, dégénérescence de larges zones tumorales, exsudats fibrineux. On note enfin des lésions diffuses réactionnelles de méningite pie-mérienne adhésive indiquant que le cerveau a été soumis à une forte hypertension crânienne.

La séance est levée à 11 heures.

*Les Secrétaires des séances,*

Paul CARRETTE et Jacques VIÉ.

Séance du Lundi 24 Avril 1939

Présidence : M. LAIGNEL-LAVASTINE, président

Au début de la séance, M. GUIRAUD, *vice-président*, adresse les félicitations de la Société tout entière à son *président*, M. LAIGNEL-LAVASTINE, qui vient d'être nommé professeur de clinique des maladies mentales et de l'encéphale.

### Adoption du procès-verbal

Le procès-verbal de la séance du 9 mars et le procès-verbal de la séance du 27 mars 1939 sont adoptés.

### Correspondance

La correspondance comprend :

des lettres des D<sup>rs</sup> FORTINEAU, de Nantes, et ROUGEAN, de Rodez, qui remercient la Société de les avoir élus *membres correspondants nationaux* ;

des lettres de MM. les D<sup>rs</sup> Jean SUTTER, de Blida-Joinville, médecins-chefs des hôpitaux psychiatriques et MEDVEDEFF, directeur de la Maison de santé de l'Ermitage qui demandent à faire partie de la Société au titre de *membres correspondants nationaux* : la Société désigne une Commission composée de MM. COURBON, LAIGNEL-LAVASTINE et VIÉ chargée de l'examen de ces candidatures ; le vote aura lieu à la séance du lundi 22 mai 1939.

### Election d'un membre titulaire

Après lecture d'un rapport de M. ALLAMAGNY au nom d'une Commission composée de MM. ALLAMAGNY, HEUYER, LEROY, TARGOWLA et VURPAS, il est procédé au vote :

Nombre de votants .....	24
Majorité absolue .....	13

A obtenu :

M. DUBLINEAU .....	24 voix
--------------------	---------

M. le D<sup>r</sup> DUBLINEAU, médecin-chef des hôpitaux psychiatriques de la Seine, est élu *membre titulaire de la Société médico-psychologique*.



### Election d'un membre associé étranger

Après lecture d'un rapport de M. E. MINKOWSKI, au nom d'une Commission composée de MM. COURBON, GUIRAUD et MINKOWSKI, il est procédé au vote :

Nombre de votants .....	23
Majorité absolue .....	12

A obtenu :

M. HANDELSMAN .....	23 voix
---------------------	---------

M. le Dr HANDELSMAN, médecin-chef de l'hôpital psychiatrique de Varsovie, est élu *membre associé étranger de la Société médico-psychologique*.

### COMMUNICATIONS

#### Débilité mentale avec excitation à type d'hypomanie chronique chez un enfant de 13 ans, par M. G. HEUYER et M<sup>me</sup> S. LECONTE.

L'enfant que nous allons vous présenter, actuellement âgé de 13 ans, est un débile mental qui présente un état d'excitation physique et intellectuelle réalisant un véritable état hypomaniaque.

Il a présenté un retard du premier développement psycho-moteur. Il n'a prononcé des mots qu'à 3 ans. Il n'a construit des phrases qu'à 5. Il y a eu aussi un retard de la marche, de la dentition ; l'énurésie a persisté jusqu'à l'âge de 5 ans. Le père est bien portant. La mère a abandonné l'enfant peu après sa naissance.

Actuellement, l'enfant est un débile mental. Les tests de Binet-Simon donnent un niveau de 8 ans environ, avec d'ailleurs dans l'exécution de ces tests des dissociations intéressantes sur lesquelles nous reviendrons. Son travail scolaire a toujours été médiocre en raison de sa débilité et aussi de son agitation. Il sait à peine lire et écrire.

Il est débile moteur, présente des troubles de la parole (chuintement), de la maladresse manuelle ; il sait à peine courir.

Ce qui domine chez lui, c'est un état hypomaniaque. Cet état a été constaté dès sa première enfance. Il est agité, sans cesse remuant, touchant à tout, familier, loquace et sans gêne. Ses idées se succèdent rapidement et parfois ses récits paraissent incohérents, que cette incohérence soit réelle, ou qu'il s'agisse d'une fuite des idées.

Il présente des associations d'idées par assonances, et nous les

avons vues s'extérioriser dans certains tests : c'est ainsi qu'il définit les mots par un mot de consonance analogue : quille pour jonquille, charbon pour flacon, hoquet pour loquet.

La mémoire est très développée. Cet enfant, qui est incapable de réaliser certains tests de 9 ans (rendre sur 1 fr., reconnaître des pièces de monnaie, critiquer des phrases absurdes) réalise les épreuves de mémoire d'une façon brillante. C'est ainsi qu'il répète une phrase de 22 syllabes, qu'il reproduit deux dessins de mémoire. D'autre part, il se souvient des propos qu'il a tenus il y a plus d'un an à un premier examen. Il sait qu'il a parlé de Nestor, du dirigeable, qui sont des créations imaginatives ; ces fabulations ne paraissent pas délirantes, il s'agit plutôt d'un jeu. Il a aussi une réelle richesse verbale : il donne en effet 68 mots en 3 minutes, alors que cette épreuve de 12 ans est considérée comme franchie avec 60 mots.

Il présente enfin des troubles de l'attention provoquée qu'il est impossible de fixer, alors qu'il est attentif à tout ce qui se passe autour de lui.

Au point de vue affectif, il est euphorique. Il rit constamment, est familier avec le médecin. Il semble exister quelque érotisme. Il présente une affection un peu équivoque pour sa mère adoptive.

Cet état d'excitation présente des alternatives d'exacerbation et de sédation relatives. Mais depuis 1 an 1/2 nous n'avons jamais observé de disparition complète de l'hypomanie.

Au point de vue physique, il présente un excellent état général, un appétit plutôt excessif. Le sommeil est bon. La puberté est à peu près acquise. Il a présenté depuis un an une forte poussée pondérale et staturale (10 cm.). Il a quelques stigmates dystrophiques pouvant faire penser à une spécificité héréditaire : fossette coccygienne, axyphoïdie.

*En résumé*, il s'agit d'un enfant débile mental qui présente un état d'excitation physique et psychique, sans rémissions totales, malgré des variations d'intensité assez notables. Cette permanence élimine l'hypothèse d'un état maniaque ressortissant à la cyclothymie. Il se rapprocherait davantage de l'instabilité psycho-motrice que l'on rencontre si communément chez les débiles mentaux. Mais, chez les instables, on n'observe pas cette hypermnésie, cette euphorie, ces variations d'intensité dans l'excitation. Enfin les créations imaginatives ont davantage une forme de rêverie ludique que de mythomanie, telle que celle des « fables en marche », de Dupré, type clinique fréquent chez les instables.

Il nous a paru intéressant de présenter ce débile hypomaniaque, car l'association débilité-hypomanie chronique ne paraît pas absolument exceptionnelle.

Le problème qui se pose en présence de ces cas est surtout

social. Le niveau mental de ce sujet, en effet, permettrait son apprentissage comme ouvrier non spécialisé. Et nous avons tout d'abord envisagé la possibilité d'un placement à l'école d'Yvetot. Mais son état hypomaniaque le rend inadaptable et inéducable. Ses troubles de l'attention entravent son apprentissage, son excitation étant une cause de désordre.

Dans l'état de choses actuel de l'assistance, la seule solution possible est l'internement.

M. LHERMITTE. — Il faudrait radiographier la selle turcique de ce garçon dont la taille et les dimensions des membres sont de beaucoup supérieures à celles d'un enfant de 13 ans.

M. BRISSOT. — Les tests pris pendant les accès maniaques sont trompeurs ; l'enfant inattentif répond au hasard et on trouve un niveau inférieur au niveau réel.

### **Syndrome aphaso-agnoso-apraxique temporaire chez un homme de 35 ans, par MM. R. BESSIÈRE et G. DESHAIES.**

Le cas présenté par ce malade nous semble offrir des traits cliniques assez originaux pour mériter d'être exposé.

A) HISTOIRE DU MALADE. — I. *Antécédents personnels.* — Fils unique, né à terme, le 30 mars 1903 (Loir-et-Cher), il eut des *convulsions* infantiles. Angine diphtérique à 21 ans, blennorragie à 23 ans, pas de syphilis connue. Presque illettré. Peu d'activité sexuelle. Relevons le *tremblement* digital, remontant à l'enfance, et les accès de céphalée d'aspect *migraineux*. Pas de vertiges, d'absences, de crises comitiales. Pas de traumatisme cranien. Aucun épisode psychopathique antérieur.

*Antécédents familiaux.* — La mère seule présente un intérêt. Agée de 59 ans, femme de ménage, gaie, coléreuse, elle abandonna vers 40 ans le foyer conjugal. A 54 ans, elle fut *internée* avec ce certificat : « Etat démentiel. Affaiblissement intellectuel, désorientation, se donne 50 ans, se croit en 1904, la guerre a été finie en 1916, se dit ici depuis 8 jours. Tendence à la fabulation. Incapacité à travailler et à se conduire. Incurie. Cachexie. Poids 35 kilos pour taille 1 m. 67 environ. Abolition apparente des réflexes tendineux, amyotrophie diffuse. Troubles mentaux post-partum. Encéphalite typhique il y a 5 ans. Excès alcooliques possibles. Bordet-Wassermann, Meinicke, Kahn négatifs. Liquide céphalo-rachidien : Albumine 0,20, leuco. 0,2. Bordet-Wassermann négatif ». (D<sup>r</sup> Courtois).

Transférée à Maison-Blanche, la malade, un mois plus tard, avait

le certificat suivant : « Alcoolisme mental. Amnésie antéro-rétrograde. Désorientation partielle. Cachexie ». (D<sup>r</sup> Pascal). Peut-être s'agit-il d'un syndrome de Korsakoff d'origine alcoolique ?

B) HISTOIRE DE LA MALADIE. — I. *Début*. — Chômeur depuis plusieurs mois, Gaston L... ne buvait pas à l'excès, mais supportait fort mal le vin, au témoignage de son logeur, qui s'y connaît. Troublé dans ces derniers temps, il parlait de plus en plus mal, avait la « tremblotte » de sorte que, sans qu'il y eut d'ictus, l'hôtelier manda un médecin.

II. *Etat*. — Le 7 décembre 1938, notre malade est interné avec ce certificat : « Confusion mentale avec hallucinations et agitation motrice. Amnésie verbale. Propos incohérents. Phrases incomplètes, bégayées, inintelligibles, cherche ses mots sans les trouver. Essai de se faire comprendre par signes. Se tient la main aux oreilles en une attitude d'halluciné. Sueurs. Tremblement. Etylisme subaigu probable. Entré à H.-Rousselle sans renseignements » (D<sup>r</sup> DUPOUY).

Le certificat immédiat du 8 décembre porte : « Etat confusionnel avec désorientation, amnésie, obtusion très marquée, obnubilation, onirisme, agitation nocturne, déclamations, insomnie, dysarthrie, tremblement digital et lingual très marqué, réflexes tendineux exagérés, foie petit ; alcoolisme certain, anémie ; possibilité d'affaiblissement psychique sous-jacent et de spécificité ; fièvre 38° (D<sup>r</sup> X. Abély).

C'est avec ces seuls renseignements que nous arrive le malade le 9 décembre 1938. Il est très pâle, turbulent, un peu opposant, totalement désorienté dans l'espace et dans le temps, bredouillant des mots sans suite, asexuel, perplexe, bradypsycique, mimique inadaptée, dépourvue de support affectif. Echolalie, impossibilité de dénommer un stylographe, une clef. Dysarthrie spontanée et tremblement digito-lingual évidents, réflexes oculaires normaux, tendineux vifs, foie normal. Température à 37°3. Langue humide, non saburrale. Pas de déshydratation marquée. Pas de catatonie, ni de refus d'aliments.

Ce tableau clinique nous orienta vers la recherche des troubles *aphasiques*, à laquelle nous procédâmes le 13 décembre, le nuage confusionnel étant alors dissipé.

A) *Examen mental*. — 1° Parole spontanée et compréhension du langage parlé. — Votre nom ? — « L.... ». — Votre métier ? — « Métier », — Votre métier ? — « Métier, mé..., ma... manœuvre ». — Quel âge avez-vous ? — « Ah !... 23, 23, 23 ans ». — Votre date de naissance ? — « Naissance... 23..., 1900..., oui... Ah !..., 1920... » — Où habitez-vous ? — « Vous..., vous..., vous ». — Vous logez où ? — « Vous..., vous..., oui ». — Votre domicile ? — « Pas ! oui..., 11..., 11 bis, sur le, le, le... je, 11 bis..., boulevard... Be, be, be... Bezons, boulevard, boulevard (s'irrite)... à Nanterre, terre ». — Un poisson a-t-il des ailes ? un chien cinq pattes ? — « Oui... Ah ! non, ah ! non, non » (sourire, mimique adéquate). Un mot prononcé est répété, non une phrase. Les ordres très simples sont compris et exécutés.

2° Éléments visuels du langage. *Dénomination* d'objets montrés : Porte-plume : « un porte-plume ». Buvard : « un porte-plume, un porte-plume... » — C'est un porte-plume ? — « Non... (Il fait le geste de tamponner, s'irrite) un... un, bu... buvard ». — Mètre pliant : « un couci », etc... Les couleurs bleue, rose, jaune, les pièces de monnaie sont assez facilement reconnues, mais acalculie. Quelques mots, lettres et chiffres sont lus, puis l'effort vite s'épuise, extrême persévération.

3° *L'écriture* spontanée est troublée. Si le nom à grand'peine est écrit, le tracé est tremblé, hésitant, barbouillé. Dictée et copie sont impossibles. Nous obtenons, sans modèle, le *dessin* d'un carré et d'un cercle. Ce cercle est reproduit automatiquement, et lorsque nous demandons un triangle, le cercle est encore répété.

4° Difficile à bien apprécier, la *stéréognosie* semble atteinte.

5° *Désorientation* temporelle certaine mais, l'orientation spatiale paraît suffisamment conservée.

6° Les troubles *apraxiques* sont plus idéatoires qu'idéomoteurs. Le malade exécutant assez bien sur ordre et par imitation des actes simples.

Ce malade présente un trouble évident du langage en ses fonctions de compréhension et d'expression. Paraphrasie avec ébauche de jargonaphasie, écholalie, réaction de persévération intense, cécité et surdité verbales partielles, acalculie, dysgraphie, astéréognosie, apraxie idéatoire, forment le tableau de l'aphasie, plutôt de type Wernicke, avec comme trait particulier l'importance du déficit verbal, rappelant l'aphasie amnésique, notamment l'amnésie verbale d'évocation de Pitre.

B) *Examen physique*. — 1° Poids de 56 kilos, 1 m. 56 de taille. Légère asymétrie faciale, cicatrice à la joue gauche (coup de serpe). Pilosité peu riche à la face, moyenne aux régions axillaires et pubienne. Axyphoïdie. Organes génitaux normaux ; cicatrice sur le fourreau de la verge, d'origine traumatique (?).

2° La marche, hésitante un peu, ne présente ni steppage, ni fauchage, ni latéropulsion. Équilibre statique convenable, pas de signe de Romberg. Pas de paralysie ni même de parésie motrice aux membres et à la face. Pas de dysmétrie ni d'adiadococinésie notables. Par contre, tremblement digito-lingual et secousses fibrillaires des muscles péri-buccaux.

Pupilles égales, régulières, plutôt en mydriase, réagissant bien à la lumière et à la distance. Motilité oculaire extrinsèque également normale. Réflexes tendineux vifs, surtout aux membres inférieurs. Pas de clonus. Réflexes cutanés plantaires, crémastériens, médio-pubien, cutanés abdominaux, massétérin, pharyngien, cornéens normaux. Réflexe naso-palpébral exagéré. Pas de troubles sphinctériens. La sensibilité paraît normale dans la mesure où pareille recherche peut être ici valable.

Deux épreuves sur l'état du système neuro-végétatif : le réflexe oculo-cardiaque (pas de bradycardie) révélerait la sympathicotomie ;



l'instillation dans l'œil de deux gouttes d'adrénaline à 1 0/00 (réaction d'Ehrman) ne détermina pas la mydriase sympathicotonique.

3° Rien d'anormal à l'examen des appareils digestif, pulmonaire, cardio-vasculaire : notons seulement la tendance à la bradycardie (pouls à 60), régulier, bien frappé) et à l'hypotension artérielle (II-7,5 au Vaquez). Courbe thermique normale.

C) *Examens complémentaires.* — 1° Les réactions de Meinicke et de Bordet-Wassermann dans le sang sont négatives. A la première ponction lombaire, *liquide céphalo-rachidien* sanglant par blessure veineuse. Sa tension au manomètre de Claude, en position couchée, avant le prélèvement, est de 15 ; elle monte à 20 et 25 par la manœuvre de Queenkensted-Stocke. Donc pas d'hypertension ni de blocage. Il renferme : 0 gr. 80 d'albumine, 0 gr. 42 de sucre, 9 leucocytes, nombreuses hématies. Réactions de Pandy  $\pm$ , de Weichbrodt, Meinicke et Bordet-Wassermann négatives, du benjoin colloïdal : 00000.22222.21000 (14-12-38). A la 2° ponction (3-1-39), liquide eau de roche. Les réactions spécifiques n'ont point changé, sauf le benjoin dont les 11° et 12° tubes sont à zéro. L'albumine à 0 gr. 40, les leucocytes à 3,6. Le sucre à 0 gr. 42. — A la 3° ponction (13-2-39), albumine encore à 0 gr. 40, 0,8 leucocytes, quelques hématies, le benjoin marque : 40000.22222.10000. Les autres réactions sont négatives.

2° L'examen *ophtalmologique* (Dr H. Lagarde, 20-12-38) décèle une diminution du réflexe photo-moteur, surtout à gauche (que nous n'avons pas retrouvée). Convergence, appareil moteur, acuité visuelle (10/10), champ visuel, fond d'œil normaux. Hypermétrope d'une dioptrie. Pas de nystagmus.

3° La *radiographie* du crâne, face et profil, ne montre aucune anomalie de la selle turcique (5-1-39).

4° Pas d'albuminurie ni de glucosurie, mais la quantité d'urine émise en 24 heures atteignit un moment 2 litres et 1/2, et la *glycémie* 2 gr. 40 ‰. Celle-ci redescendit à 1 gr. 05 ‰ (27-12-38). Azotémie à 0 gr. 34 ‰ (14-12-38).

5° La *formule sanguine* révèle surtout de la leucocytose avec lymphocytose (26-12-38) : globules rouges 4.180.000, blancs 12.600, dont 36 lymphocytes, 13 monocytes, 49 polynucléaires neutrophiles et 2 éosinophiles. Hémoglobine à 72, valeur globulaire à 0,87, donc un peu diminuées.

6° Le *métabolisme basal* (14-1-39, Dr Delaville) est augmenté de 2,7 %, chose négligeable.

7° Pour le cœur, l'*orthodiagramme* (10-1-39) montre une légère augmentation des diamètres cardiaques, non pathologiques. Aucune anomalie de l'*électrocardiogramme*.

8° L'examen radiologique des poumons est négatif.

9° De même l'examen *otologique*.

III. *Evolution.* — 1° L'état mental et physique resta stationnaire jusqu'au 20 décembre. Calme, apathique, dormant et mangeant bien, notre

aphasique n'eut aucune crise convulsive, aucune bouffée onirique, hallucinatoire ou délirante.

2° Un second examen neurologique, le 21, met en valeur d'abord le tremblement considérable de la langue, animée d'un mouvement de trombone impressionnant. Ensuite, l'exagération des achilléens et des rotuliens, l'ébauche de clonus bilatéral du pied et de la rotule, sans signe de Babinski, et la diminution des cutanés abdominaux.

La régression des troubles aphaso-agnoso-apraxiques s'opère rapidement. Le 24 décembre, par exemple, le malade fournit des détails exacts sur les petits événements du service. La langue tremble à peine, les cutanés abdominaux sont redevenus normaux tandis que persiste l'hyperréflexie tendineuse, mais sans clonus.

3° Guérison complète. Le 28 décembre, nous constatons la fixation de nouveaux souvenirs, dont certains remontent au 14 décembre au moins. Pas d'amnésie lacunaire nette, mais des trous, une dysmnésie effilochée portant surtout sur la période du 5 au 12 décembre. Remémoration convenable des anciens souvenirs. Récupération du vocabulaire. La *restitutio ad integrum* s'est réalisée, dans la mesure où il y avait quelque chose à restituer.

Physiquement, nous ne trouvons aucun trouble sensitif ni moteur, mais encore pendant deux jours l'exagération des réflexes achilléens et rotuliens, le clonus net cette fois et bilatéral du pied et de la rotule, sans signe de Babinski.

4° Précisons enfin l'état de *débilité motrice et mentale* de Gaston L., devenu bien évident après la guérison du syndrome aphasique. Psychiquement, c'est le débile bon enfant, vertueux par défaut, doux, naïf, puéril, résigné, suggestible. Les tests de Binet et Simon indiquent un *âge mental* de 8 ans, niveau de débile. La débilité motrice s'extériorise aussi facilement : maladresse des mouvements spontanés, paratonie musculaire, syncinésies, signe de Collin, tremblement digital, hyperréflexie tendineuse.

IV. *En résumé*, chez cet homme de 35 ans évoluèrent en moins d'un mois les troubles psychiques ci-dessus exposés et dans le cours desquels se distinguent quatre phases.

Dans une première phase *pré-confuso-aphasique*, en quelques jours progressivement s'installèrent des troubles du langage (dysarthrie, paraphasie) et un état subconfusionnel, peut-être onirique. La deuxième phase *confuso-aphasique* lui succéda du 6 au 9 décembre 1938, caractérisée par un syndrome confusionnel, voire confuso-démontiel, camouflant l'aphasie sous-jacente. Cette dernière apparut très clairement du 10 au 20 décembre, dans la troisième phase *aphasique* simple, qui donnait vraiment alors l'impression d'un déficit chronique. Mais du 20 au 24 décembre environ une quatrième phase, de *régression* devait mettre un terme heureux à l'histoire de ce syndrome, qui offre matière à une discussion clinique.

I. Il s'agit donc d'un syndrome aphaso-agnoso-apraxique temporaire et isolé, mais dont le cortège confusionnel du début ne permettrait guère de discuter maintenant, au point de vue *diagnostique différentiel*, que la confusion mentale avec amnésie électivement verbale. Sans doute, il y eut, au commencement, une bouffée confusionnelle, mais l'aphasie débuta avec, et peut-être même avant elle, et lui survécut ensuite, de sorte que le trouble fondamental s'avère aphasique.

II. L'intérêt de ce cas réside surtout en son *diagnostic étiologique*. En effet, cette aphasie isolée, apparue chez un homme jeune, ayant guéri en trois semaines, sans aucune intervention thérapeutique, pose un problème quant à son origine.

1° Nous éliminerons d'emblée, sur l'anamnèse et le tableau clinique, *traumatisme, choc émotif, hémorragie ou ramollissement cérébral, infections aiguës* (pneumonie, typhoïde, paludisme, etc.), *artériosclérose*.

2° S'agirait-il d'une infection plus ou moins chronique ? *L'encéphalite épidémique ne saurait être retenue*, puisque aucune de ses manifestations n'eut lieu dans le passé et qu'actuellement n'existe aucune séquelle. Invoquer la *syphilis* serait assez tentant, mais toutes les réactions spécifiques sont pratiquement négatives dans le sang et le liquide céphalo-rachidien. Pas de stigmates cliniques. De même quant à la *tuberculose*.

3° Parlerons-nous de *tumeur cérébrale* ? Ponction lombaire, examen ophtalmologique et radiographie cranienne suffisent à l'éliminer en prouvant l'absence de syndrome hypertensif et de déformation osseuse. Plus improbable encore serait l'*abcès cérébral*.

4° Le tremblement, la dysarthrie, l'hypermotilité tendineuse, la variabilité de ces manifestations pourraient faire penser au début d'une *sclérose en plaques*, mais n'en sont pas caractéristiques. La *sclérose latérale amyotrophique*, la *syringomyélie*, un syndrome neuro-anémique, ne nous retiendront pas davantage.

5° Bien que temporaire, ce syndrome aphasique fut de durée beaucoup trop longue pour être considéré comme un *équivalent migraineux*. Rien ne permettrait non plus de le rattacher à un *accident comitial*.

6° Serait-ce alors une *intoxication* exogène ou endogène, voire les deux ? Saturnisme, intoxication barbiturique, oxycarbonée comme diabète, brightisme ou dysthyroïdie, ne possèdent aucun titre valable ici. Par contre, l'usage du *tabac* et l'*alcoolisation*,

sinon l'alcoolisme de notre malade, par ailleurs vraisemblablement *sous-alimenté*, méritent considération. En sorte que l'auto et l'exo-intoxication purent ajouter ici leurs effets, surtout si le terrain s'y prêtait. Or, nous retiendrons volontiers la notion de *migraines* dénotant la disposition aux troubles fonctionnels neuro-vasculaires de l'encéphale, et la *débilité* mentale et motrice du malade qui, jointe à la sénilisation précoce de sa mère, alcoolique et démente, nous autorise à le classer parmi les dégénérés, dont on sait l'aptitude aux troubles neuro-psychiques.

III. L'originalité de ce syndrome aphasique nous paraît tenir dans son caractère séméiologiquement isolé ; dans sa durée, trop longue pour relever d'un angiospasme sylvien, trop courte pour dépendre d'une lésion locale ; dans les légers troubles organiques qui l'ont accompagné (hyperréflexie tendineuse, polyurie et hyperglycémie transitoires, hyperalbuminose du liquide céphalo-rachidien), témoignant de modifications fonctionnelles des centres nerveux ; dans l'obscurité de son mécanisme et de son étiologie.

Nous n'avons point trouvé de cas identiques dans la littérature médicale afférente aux troubles aphasiques transitoires, précisément à cause de leur caractère très transitoire ou de leur étiologie très nette.

M. LHERMITTE. — On peut considérer le cas comme ressortissant à une encéphalite aiguë à virus neurotrope qui ne fit que lécher le cerveau superficiellement et disparut sans laisser de traces. Avec Alajouanine, nous avons vu un cas analogue, mais plus grave, dans lequel la régression avait été moins complète, et où la ventriculographie nous montra la dilatation d'un ventricule latéral.

M. MARCHAND. — On peut faire une autre supposition pathogénique. Chez cet homme encore jeune mais qui a fait des excès éthyliques, on peut penser qu'il a été atteint d'une hémorragie méningée localisée au niveau de la région temporale gauche et qui s'est résorbée très rapidement. La phase confusionnelle et l'élévation de température du début, l'albuminose rachidienne notée plus tard plaident en faveur de cette hypothèse. L'absence de sang dans le liquide céphalo-rachidien n'est pas une constatation suffisante pour éliminer le diagnostic d'hémorragie méningée comme j'ai pu m'en rendre compte à l'autopsie d'un sujet décédé plus d'un an après le début des accidents.

**Un cas de démonopathie. Etude clinique et essai d'interprétation pathogénique, par MM. J. LHERMITTE et BEAUDOIN**

A lire les traités d'hagiographie, on ne peut manquer d'être frappé par la fréquence avec laquelle certains êtres, dont la puissance spirituelle a atteint les plus hauts sommets de la vie religieuse, ont été hantés par des phénomènes singuliers et déconcertants. Dans l'ignorance où l'on était des notions élémentaires de pathologie mentale, ces épisodes dramatiques ou simplement pittoresques ont été, en des âges où la foi n'était pas guidée par la science, attribués à l'influence du démon.

De constatation peut-être un peu moins commune qu'au Moyen-Age, les phénomènes de possession diabolique ne sont pas devenus exceptionnels aujourd'hui. Et le problème s'est posé de savoir si, à côté de la possession diabolique reconnue comme authentique par les croyants, un syndrome morbide, assez variable d'ailleurs dans ses limites et dans sa texture et que caractérise un sentiment d'emprise et de possession par le démon, ne mérite pas d'être authentifié. A l'heure actuelle, s'il n'est aucun psychiatre qui puisse mettre en doute la réalité de la démonopathie, un grand nombre incline à penser qu'il n'est pas de possession diabolique réelle et que tous les faits où nous voyons apparaître « l'intervention du démon » ne sont que des apparences liées à un désordre de l'esprit. Cette question, il ne nous appartient pas de la trancher ; nous rappellerons seulement que, dans des études récentes, notre collègue, Dom Sauton, le R. Père de Tonquédec, M. Gelma, se sont efforcés de trouver les critères grâce auxquels une discrimination pourrait être réalisée entre les états de possession diabolique légitime et ceux qui ressortissent à une perturbation mentale. Si l'on voulait concrétiser, dans une formule simple, l'écart qui sépare les vrais possédés d'avec les faux possédés dont seuls nous nous occupons ici, on pourrait dire, en reprenant la pensée d'un exorciste particulièrement averti, que les possédés véridiques sont précisément les sujets qui n'accusent aucun sentiment d'emprise ou d'influence démoniaque.

Quoi qu'il en soit, d'ailleurs, de ce point qui n'entre pas dans notre propos, il faut confesser que le mécanisme qui se trouve à la base du sentiment de possession nous échappe encore.

Sans doute, au reste, existe-t-il plusieurs voies psychologiques qui conduisent au délire démonopathique et l'on ne saurait,



sans forcer les faits, chercher à établir une interprétation unique des manifestations que nous visons ici.

L'étude que nous présentons n'a nullement la prétention de donner la genèse de la démonopathie en général, mais seulement de mettre en lumière certaines conditions de cet état morbide, lesquelles nous éclairent, croyons-nous, sur le mode de développement d'un type particulier de délire de possession démonopathique. Voici d'abord l'observation résumée de la malade qui fait la base de notre étude.

Une jeune fille âgée de 28 ans, Sim. Sak..., vient nous consulter en mars 1936 pour des phénomènes étranges dont elle est hantée pendant le cours de presque toutes ses nuits. Ceux-ci ne sont pas récents, mais leur persistance n'a entraîné jusqu'ici, nous dit-elle, aucune atténuation des manifestations inquiétantes à plus d'un titre dont nous allons donner les caractères essentiels.

Dans le but de préciser le comportement de Sim., nous avons fait une enquête près du père, lequel ne quitte pas sa fille et qui est un homme intelligent, parfaitement équilibré et doué, semble-t-il, du sens de l'observation.

Au cours de la journée, la conduite de Sim. ne laisse prise à aucune critique ; la jeune fille s'occupe activement des soins du ménage, fait les courses, la cuisine, les achats ; vit en bonne intelligence avec tous ceux qui l'approchent. Toutefois, dans la journée, elle est prise parfois de crises de sommeil qui l'immobilisent sur une chaise, par exemple, tandis qu'elle se livre à la couture ou qu'elle lit.

Dès que vient la nuit, et surtout le moment de se mettre au lit, c'est bien différent. Sim. devient anxieuse, s'inquiète, ne veut pas qu'on la laisse seule. Pendant la nuit, il est réveillé par des cris, des éclats de voix. Sim. semble être en proie à des cauchemars terrifiants qui la font se lever sur sa couche, appeler, crier, tenir des propos bizarres. C'est un état étrange, poursuit-il, car, pendant ces crises, Sim. paraît rêver, mais il est difficile de la tirer de son rêve ; on doit employer des objurgations vives ou la secouer par le bras.

HISTOIRE DE LA MALADIE. — Déjà les renseignements fournis par le père de Sim. nous éclairent sur certains caractères très spéciaux des transes nocturnes par lesquelles se signale le comportement de notre patiente, de même que les épisodes de narcolepsie diurne apparaissent d'une significative expression. Mais il y a mieux ; et ce que nous apprend le développement des perturbations dont Sim. est le sujet permettent une précision plus grande encore. Née en 1911, Sim.

demeura parfaitement normale jusqu'en 1922, époque à laquelle celle-ci fut prise de fièvre et de somnolence. On pensa d'abord à une fièvre typhoïde, mais transportée à l'hôpital des Enfants Malades, ce diagnostic fut rapidement réformé et celui d'encéphalite léthargique fut porté. La période de « léthargie » se prolongea pendant trois mois et la fièvre se dissipa lentement. A sa sortie de l'hôpital, Sim. avait recouvré toute sa santé physique mais son caractère était profondément modifié. Elle qui était jusque-là parfaitement équilibrée, de caractère aimable se montrait querelleuse, extrêmement irritable, encline aux grossiers mensonges, véritablement insociable, se disputant avec ses voisins, les marchands, ses amies, son père.

La situation sociale de Sim. devint intenable et l'internement fut décidé. Le 3 novembre 1927 un certificat fut rédigé par le Dr Dupouy dans les termes suivants : Encéphalite épidémique évoluant depuis trois ans. Irritabilité, onirisme, somnambulisme ancien. Perversions instinctives acquises. Verbosité fatigante. Met le désordre partout. Cris. Menaces. Opposition.

Pendant un an, Sim. témoigna une agitation telle qu'à maintes reprises on dut lui appliquer un appareil de contention et pendant plusieurs années elle ne quitta pas le Service des agitées. A plusieurs reprises on la surprit en train de s'enfoncer des aiguilles sous la peau. Toujours elle fut considérée comme insupportable.

En 1933, une sédation progressive des phénomènes apparut telle que Sim. put être changée de pavillon. Dès cette époque, Sim. commença à s'occuper et à travailler. En octobre 1933, on fait un essai de sortie sous la surveillance paternelle, mais Sim. est prise de « cauchemars » nocturnes, manifeste des crises d'onirisme, se plaint d'éprouver des sensations cénesthésiques étranges. Des crises d'anxiété se manifestent pendant la nuit.

Pendant la dernière période de son séjour à l'Asile, on relevait déjà des manifestations identiques à celles qui, plus tard, attirèrent l'attention. C'est ainsi qu'au cours d'une nuit, Sim. s'éveillant brusquement, a vu un homme près de son lit, une bougie à la main : elle se plaignait aussi d'éprouver des sensations d'enlacement qui lui donnaient à penser qu'on voulait la posséder. Souvent elle était en proie à des sensations voluptueuses qu'elle s'efforçait de chasser. D'autres fois, des « impressions d'enfantement » la prenaient qui l'irritaient. Dans le cours de la nuit, elle entendait des voix qui commentaient les impressions qu'elle ressentait ou les gestes qu'elle voyait. Une nuit, Sim. aperçut quelqu'un qui lui jeta des serpents sur son lit, elle les sentit ramper et distingua nettement leurs têtes. Des bêtes rampantes la piquaient, lui injectaient du venin. Presque toutes les nuits, les mêmes scènes se reproduisent : des cochons d'Inde courent sur ses couvertures ; parfois elle ne les voit pas mais elle sent leur poids.

Enfin, dès cette époque, Sim. est envahie par le sentiment que son corps est dédoublé, que son double voyage, qu'elle est sous l'influence d'une « puissance astrale ».

*Antécédents héréditaires et familiaux.* — La mère de Sim. est atteinte de démence précoce typique et internée dans le Service de l'un de nous (Beaudouin). Nous savons, en outre, que le frère de notre malade a succombé, jeune encore, à la tuberculose pulmonaire.

*Observation clinique.* — Simone prétend que, pendant la nuit, on l'hypnotise, qu'une puissance occulte lui arrache son double, qu'elle le voit, qu'elle le sent, qu'on lui jette des serpents, des mauvaises bêtes qui rampent sur elle et vont jusqu'à pénétrer dans son corps. Bientôt persuadée d'être sous la puissance d'un mauvais esprit, envoûtée ou ensorcelée, Simone s'inquiète de savoir si une influence occulte ne manifesterait pas son emprise sur elle et, après s'être enquis, s'en va consulter un occultiste, lequel, se sentant en présence d'une jeune fille pure et dont la foi chrétienne est vive, la renvoie en lui conseillant de se rendre près du Rév. Père de Tonquédec, le savant exorciste de Notre-Dame. Simone se rend à ce conseil, voit le Rév. Père, lequel, tout de suite comprend qu'il est en face, non pas d'une possédée du démon, mais d'une malade, la console et nous l'adresse.

Simone se présente à nous comme une jeune fille extrêmement correcte dans ses propos et très soignée ; depuis sa sortie de l'asile, son comportement n'a jamais donné lieu au moindre reproche, sa conduite vis-à-vis de son père demeure non seulement régulière, mais pleine de témoignages d'affection, de dévouement et de respect. Ajoutons que les fonctions supérieures, telles que le jugement, le raisonnement, la critique ne sont pas modifiées, sauf pour ce qui concerne les phénomènes étranges qui accidentent les nuits. Agréable et même séduisante, modeste dans sa tenue et ses propos, Simone s'exprime clairement, sans nulle réticence, son langage traduit fidèlement, semble-t-il, une pensée difficile à formuler. Aussi avons-nous pu aisément recueillir de la bouche de notre malade les détails les plus circonstanciés des scènes qui se déroulent au début ou au cours de la nuit. Mais, pour demeurer sur le terrain d'une plus stricte objectivité, nous avons prié Simone de rédiger elle-même la narration des phénomènes qui la hantent et l'obsèdent au cours de son sommeil. Et ce sont les fragments les plus pittoresques et les plus significatifs que nous offrons aujourd'hui.

Mais auparavant, quelques mots d'explication sont nécessaires.

Les manifestations dont on va lire la narration comprennent plusieurs ordres de faits. Tout d'abord, un sentiment d'emprise, d'envoûtement : Simone a l'impression que, dès qu'elle succombe au sommeil, ou mieux dans cette période de l'endormissement où nos sens perdent leur acuité, où nous nous désintéressons du monde réel, une influence étrangère la domine, agit sur elle de toute la force d'une puissance extra-naturelle. Aussi, ne cesse-t-elle de répéter, au cours de ses récits surabondants de détails : « Je suis ensorcelée, envoûtée, sous l'emprise de quelqu'un. » Cette puissance « occulte » lui fait subir, comme on le verra plus loin, mille outrages, mille obscénités, mille

tortures plus raffinées les unes que les autres, et parmi celles-ci figure le dédoublement de sa personne physique. On lui prend son double, on la dédouble, puis on lui rend ce double qui lui a été arraché, on la redouble. Et ce double, Simone le voit, le sent spirituellement et matériellement attachée à elle. Les sévices que l'on fait subir à cette image, les orgies auxquelles les puissances diaboliques se livrent sur elle, Simone les éprouve dans son corps de chair.

Enfin, la malheureuse est encore hantée par des hallucinations de l'ouïe, de la vue, de la sensibilité générale et des sensibilités spéciales et singulièrement du sens génital, d'une part, et des illusions visuelles et auditives les mieux qualifiées, d'autre part.

Dans le but de réduire au minimum l'interprétation des faits, nous ne nous sommes pas contentés de noter les récits et les confidences qui nous furent faits, nous avons demandé à la malade de relater, dès leur survenance, les phénomènes qui troublent ses nuits et accidentent parfois ses crises de narcolepsie.

Et ce sont quelques extraits des abondants cahiers de Sim. que nous présentons ici.

*Nuit du 17 mars.* — « Je fermais les yeux pour dormir et j'entendais que celui qui m'a entrepris me réclamait mon double et celui qui me garde ne voulait à aucun prix le donner, disant que le Dr Lhermitte l'avait formellement défendu. Pendant ce temps, j'avais des serpents qui rampaient le long de mon corps. Je disais le Notre Père, alors tous se dirigeaient vers la tête pour sortir, mais s'arrêtaient là.

« J'ai alors eu l'idée de me lever et d'aller boire de l'eau de Lourdes que la Sœur a apportée chez nous du temps que mon frère était malade. Deux fois je me suis levée pour en boire, et, à la deuxième fois, tous les serpents avaient disparu. Je me suis donc endormie. »

*Rêve.* — Elle est entraînée par un groupe de fillettes, une tombe à terre comme morte, une autre sanglote : « J'ai voulu me réveiller et j'ai senti et vu que mon double tombait dans les taillis de ronces. Enfin, je me suis réveillée en pensant à cette petite que j'avais fait tomber et qui me semblait morte. Mon idée était dirigée vers elle et je me rendormais en pensant à elle. Et voilà que mon rêve se continuait. »

*19 mars.* — Sensations de serpents autour du corps au moment où elle veut s'endormir. Elle se lève, boit de l'eau de Lourdes, revient se coucher. Les serpents ont disparu. Elle rêve ensuite qu'elle est dans un club diabolique. « Mon réveil était sur la table de nuit, j'entendais le tic-tac répéter : elle est marquée pour toute sa vie.

« J'ai encore dormi, puis, réveillée, je voyais tout à l'envers, je ne reconnaissais plus ma chambre. »

*Le 21 mars.* — Rêve qu'elle est attaquée par un homme ; elle le prend par les cheveux, le fait tourner au moins pendant deux minutes et le lance contre un mur. Puis, elle l'entend pleurer. Elle se retourne du côté droit sur le gauche. Alors, une voix lui dit : « Je

l'avais bien dit que tu souffrirais. » Puis, cette voix m'a demandé :  
« As-tu toujours ton double ? »

« Je me suis rendormie et, en voulant me réveiller, je ne pouvais pas ; un autre homme se trouvait à mon bas-ventre, je l'ai repoussé.

« Je me suis réveillée, et je voyais le violon de mon frère accroché au-dessus de la porte qui bougeait en forme de main et qui, j'en suis sûre, si j'avais été rendormie, serait venu vers moi pour me faire souffrir encore sous forme d'un mauvais esprit. »

*Le 29 mars.* — « Personne n'a pu me dédoubler, ayant placé par terre, à côté de mon lit, une assiette avec trois petits morceaux de braise.

« Toute la nuit, des mauvais esprits rôdaient dans ma chambre ; si je fais dans le vide un grand signe de croix, je les vois s'élever en l'air. Puis, une autre partie de la nuit, je voulais m'endormir, impossible. On aurait dit qu'on m'illuminait le visage, j'ai compris que c'étaient encore les mauvais esprits. »

*Nuit du 30 mars.* — « Ayant mis de la braise à côté de mon lit, j'ai dormi jusqu'à une heure ; j'ai entendu mon père se lever, j'ai essayé de redormir, n'y parvenant pas, j'ai compris que l'on m'avait complètement dédoublée par l'intermédiaire de papa.

« J'ai senti que l'on m'a fait une piqure là où j'ai mal au bras et je souffrais pareillement ne pouvant me défendre contre ceux qui se sont emparés de mon double. Je me voyais étendue sur un brancard, on m'avait mis dans les mains des instruments de chirurgie, je me suis réveillée pour aller délivrer mon double, ce que j'ai fait. Il était six heures passées quand j'ai senti que l'on me redoublait, mais celui qui me redoublait a senti que j'avais des ciseaux dans la main, il m'a repris mon double et m'a découpé la partie génitale et a épanché son vice sur moi (corps astral) pendant une heure. Je sentais, lorsqu'il possédait mon corps astral, les secousses dans mon lit (corps terrestre). C'était pour me punir d'avoir mis des ciseaux à côté de moi et les tenant. Je n'ai rien senti de la jouissance, car il m'avait découpé cet endroit. Puis, il m'a redoublée. »

*11 juin.* — « J'étais dans l'astral, mais je voulais revenir vers mon corps terrestre, mais impossible, j'étais embourbée dans le fumier, le purin, parmi les pigeons et les poules d'une ferme ; plus j'essayais de sortir de là, moins j'arrivais et je m'enfonçais davantage ; voyant cela, je me décidai à quitter mon corps astral et mon corps terrestre se réveillait, alors je disais à mes protections que je ne trouvais plus mon chemin. Elles me disaient alors : « Prie et ton corps astral reviendra. » Je priais et, en effet, il revenait, pas plus tôt rendormie, il repartait, alors je me réveillais pour dire à mes protections que j'étais encore perdue. J'ai senti une main me frapper sur l'épaule, puis je me suis vue avec le curé aux yeux bleus pâles et au nez crochu, et blond. Je lui ai dit ceci : « Dites devant Dieu que vous ne toucherez pas à moi et qu'il vous punisse si vous le faisiez. » Alors, il a récité du latin. Tout à coup, j'ai senti qu'il s'emparait de moi pour son



plaisir, j'ai abandonné mon corps astral de dégoût et mon corps terrestre ressentait toutes les orgies qu'il faisait sur moi ; je pleurais de honte et de douleur. Il a dû même se servir de ma bouche, car je sentais comme des cheveux dans ma bouche terrestre et je savais que je n'avais plus mon corps astral. »

*Nuit du vendredi au samedi (juin).* — « Le diable m'est apparu, j'ai eu très peur. Le samedi soir, dans la nuit, deuxième apparition du démon. Il a osé entrer dans mon corps astral. Je priais de toutes mes forces, alors il rugissait de colère. Puis, j'ai senti son corps qui touchait le mien. Je souffrais horriblement. Il a essayé de m'enlever la chaîne que je porte à mon cou terrestre, mais je retenais la médaille et la chaîne en faisant pression avec mes mains, alors j'ai senti qu'il me prenait dans ses bras. J'avais peur, je sentais les ongles fourchus de ses pieds, puis, j'ai vu comme le couvercle d'un tombeau qui s'ouvrait, alors j'ai appelé mes protections de toutes mes forces et j'ai senti que j'étais délivrée. »

*Aujourd'hui, 17 juin.* — « Pour la deuxième fois, le démon entre dans mon lit (astral) et essaye de me prendre ma chaîne. Mes protections me disent : « Ne la donne pas. » Je lutte pendant dix minutes avec le démon. »

*Le 18 juin.* — « Avant de m'endormir, j'ai bien senti que le démon me coupait le cou, puis tous les autres membres, je sentais le sang couler en moi.

« D'autre part, pendant que ceci se passait, j'ai eu une lueur d'espoir en apercevant un coin du paradis. C'était féérique, beau, splendide, on ne peut l'expliquer. »

*Nuit du jeudi.* — « En m'endormant, j'ai senti encore ces ignobles serpents qui me rampaient autour du cou, enfin, sur tout le corps ; j'ai appelé mes anges gardiens, ils sont venus pour me défendre. Je me suis réveillée.

« J'ai eu la mauvaise idée de mettre de l'ouate dans mes oreilles car j'étais attaquée dans l'astral, j'appelais, mais je n'entendais pas les bonnes voix me diriger. »

Elle rêve qu'elle se rend dans un endroit rempli de léopards, de panthères avec un éléphant, c'est la jungle ; elle est poursuivie, se sauve. Elle arrive dans un café-dancing, ses ennemis sont cachés derrière une petite colonne, alors, ne sachant plus où aller, elle abandonne son double et se réveille.

« Je savais que je n'avais plus mon double ; ayant déjà fait l'expérience, je me suis levée de mon lit terrestre et mon double est revenu automatiquement.

« Alors, me recouchant, j'ai eu l'idée d'enlever le coton de mes oreilles, ma tête sur l'oreiller, j'entendais : saleté, saloperie. »

*Samedi 11 juillet.* — Elle est entraînée par une bande de mauvaises femmes qui veulent lui fourrer la tête dans une boîte à ordures. Elle résiste, sort dans la rue, ses yeux étaient à demi-fermés. « Je disais à l'une des femmes que j'avais eu de l'encéphalite et que l'on me pre-

naît pour sujet. Alors, cette femme m'a soulevé mes paupières un peu et je voyais mieux.

« Une des jeunes filles est venue me délivrer et dans mon lit fourmillent des bêtes immondes, cochons d'Inde, lapins, avec leurs poils qui me chatouillaient. »

13 juillet. — Elle avait le pressentiment qu'elle allait souffrir. « Avant de m'endormir, le diable a mis le feu au bout de mes cheveux, puis sur tout mon corps astral. Il m'a attaché les poignets très serrés, puis il a mis le feu à mon double, puis il faisait couler de l'eau tout le long.

« Je me suis ensuite rendormie, mais là les sujets du diable me firent souffrir avec leurs plumeaux, leurs brosses, leurs piquants.

« Endormie, je reviens dans ma chambre, le diable me dit, en me prenant dans les bras : « Tu ne veux pas coucher avec moi ? » Je lui ai dit : « Non », me le répétant une autre fois, je lui ai dit d'un air moqueur : « Oui, c'est cela, j'irai ! » ; alors, il l'a cru. J'ai dit alors : « Tu peux toujours te fouiller. » Alors, il a envoyé un de ses sujets chercher un martinet et m'en a donné des coups. Et mon corps terrestre ressentait tous les coups que mon corps astral éprouvait. »

Ensuite, le démon lui frotte les yeux, lui chatouille les oreilles avec du crin, cela l'énerve, puis lui frictionne le dos avec du carbonate. « Ça me faisait souffrir, ma peau était à vif. L'opération finie, j'ai fait au moins cinq à six fois le signe de la croix. Le diable, furieux, a ordonné qu'on me ligote à un poteau.

« J'étais donc entre les mains de ses sujets, alors cet homme me tenait et une femme m'a jeté un seau d'eau sur tout le corps. Je suis alors tombée en faiblesse. Elle m'a pris dans ses bras et m'a transportée dans un réduit. Elle m'a mis son sexe près du mien, croyant que j'allais accepter cela, elle essayait de me posséder. Alors, j'ai eu l'idée que voici : je l'ai pincée fortement à son sexe et elle a hurlé de douleur et appelant le diable. C'est moi qui avais pouvoir sur elle ? Je l'ai prise par la main et nous sommes sorties du réduit. »

18 juillet. — Il lui semble avoir un double corps astral. « En m'endormant, je vois à ma gauche un homme habillé tout de noir ; il m'a arraché mon corps astral, morceau par morceau. » Pendant ce temps, à sa droite, apparaît une forme blanche qui doit être sa protection.

20 juillet. — Nuit très agitée, sommeil troublé profondément par les maléfices du démon. « Celui-ci lui a, dit-elle, lacéré tout le côté droit à l'aide de ses griffes, de ses crochets. »

« Vraiment, il abuse », nous dit-elle, « car j'en porte maintenant les marques sur le côté. »

L'examen du thorax révèle l'existence d'une *éruption zostérienne avec vésicules ulcérées*, occupant toute la bande radiculaire correspondant au cinquième métamère dorsal droit.

21 juillet. — « A une heure de l'après-midi, je raccommoçais des bas lorsque le sommeil m'envahit. Je me couche sur le côté droit malgré la douleur occasionnée par le zona. J'étais sous une influence

amoureuse, et, dans un moment de faiblesse, j'ai accepté cette sensation, mais aussitôt, me ressaisissant, j'ai demandé pardon à Dieu. »

27 juillet. — « Je m'apprêtais à dormir quand, à ma gauche, j'ai senti quelqu'un qui me donnait le bras, puis mon âme est partie. Dans la nuit, soudain, j'étais dans l'astral, et j'ai vu dans une glace mon corps astral ; j'ai eu un peu peur, car j'avais de gros yeux, le gauche plus noir que le droit, puis j'avais les chevilles très fines et les cheveux longs. Alors, j'ai parlé à mon double et il m'a souri. »

Dimanche 28 juillet. — « Vers le matin, le démon a tenté encore d'entrer dans mon lit. Alors, possédant un petit cadre représentant Notre Seigneur Jésus-Christ, je l'ai pris dans mes mains, le démon voulait alors s'emparer de mon âme (je ne dis pas du double), il ne pouvait l'enlever de mon lit astral, car Notre Seigneur Jésus-Christ l'en empêchait. Enfin, il y est parvenu à me sortir du lit, mais, au lieu de venir sous la forme de diable, il s'est transformé en serpent. Il a pris mon âme. Il m'a emmenée dans un salon et a abusé de moi, car il m'a possédée (mon corps terrestre l'a ressenti, puis j'ai senti quand il s'est retiré de moi). »

30 juillet. — « Le démon m'a encore donné des sensations amoureuses, voyant cela, j'ai mis le petit cadre dans mon lit, alors le démon revenu, quand il a vu le cadre, n'a pas insisté. »

Le lendemain, voici ce que Simone confie à son cahier :

Aujourd'hui, à 4 h. 1/2 du matin, 2 août. — « Le diable est venu me tenter sous forme de mouton, il m'a léché les mains, puis il est reparti. Il me gratouillait ensuite mon zona avec ses ongles crochus, et je souffrais.

« Le démon m'a versé de l'essence de térébenthine sur la tête en l'inondant. Puis, il m'a dédoublée, puis m'a rendu mon âme (double) par morceaux tout brûlants. Je souffrais lorsque mon double se recollait sur mon zona terrestre, j'entendais une sorte de grésillement. »

6 août 1936. — Pendant la nuit, elle est doublée, son double va aux halles, puis vole pour revenir à la maison. En revenant, je ne pouvais plus voler, alors j'ai récité trois fois : « Je vous salue Marie ! », je volais mieux, mais, en volant, je perdais mes membres qui s'en échappaient sous forme de blocs de glace.

Tout en se rendant bien compte que la plupart des phénomènes singuliers qui accidentent ses nuits réalisent de véritables cauchemars, Simone ne laisse pas de croire à leur objectivité en les interprétant dans le sens que leur confère un occultisme dont elle est renseignée sur les élémentaires rudiments.

L'idée centrale du délire tient dans la conviction qu'elle a été envoûtée, probablement par le Docteur X., qu'elle est ainsi placée sous la domination d'esprits malins, du diable, ou d'autres puissances mauvaises. Que, d'autre part, à ces influences maudites s'opposent des protections et des protecteurs dont elle entend les voix consolatrices dans le silence de la nuit.

Ces idées délirantes, qu'alimentent des illusions, des hallucinations

multisensorielles et surtout les scènes oniriques nocturnes, n'influencent en rien, actuellement au moins, le comportement familial, social et religieux de Simone. Peut-être, à certains moments, son humeur traduit-elle un certain degré d'irritabilité, mais rien, en somme, dans sa conduite, ne laisse à désirer.

Ajoutons que toutes les fonctions psychiques fondamentales sont intégralement conservées, exception faite, bien entendu, pour la critique des phénomènes illusionnels, hallucinatoires et oniriques. Pour ce qui est de l'état physique, aucune modification morbide n'y apparaît. Les règles se produisent à des périodes régulières, et leur surveillance n'influence pas le comportement psychique. Toutes les autres fonctions viscérales s'exécutent normalement. Les organes des sens ne sont pas perturbés, non plus que les fonctions de sensibilité, de motilité, de trophicité.

COMMENTAIRES. — Sans vouloir reprendre par le menu les diverses scènes oniriques dont nous venons de rapporter la description propre de l'auteur qui les a vécues, nous désirons marquer ici ce qui apparaît particulier dans le cas de Simone et ce qui nous semble devoir être retenu.

Ainsi qu'on l'a indiqué, les thèmes oniriques de Simone sont, en réalité, très monotones, et si la rêveuse se complait à les décrire et à les redécrire en de trop nombreuses pages, la trame des rêves de Simone est faite de visions ou de phénomènes diaboliques, de compensations célestes ou angéliques, d'ascensions, dans ce qu'elle désigne du terme d'astral et surtout de dédoublement de la personnalité physique. Sans doute, il est probable que l'imagination de Simone, sans cesse en éveil, ajoute certains traits aux rêveries dont elle est, tout ensemble, le théâtre et l'acteur, mais il n'est pas douteux que ces manifestations oniriques, qui nous sont dépeintes, s'entourent de contours si précis, se colorent de nuances si particulières qu'elles ne peuvent être simulées ni inventées.

Le sentiment d'emprise, de possession, de domination par une influence étrangère à la personnalité semble avoir été le premier fait en date. Déjà, lors de son internement, Simone se réveillait au cours de la nuit, voyait un homme près de son lit, une bougie à la main, prêt à la posséder ; déjà aussi, Simone accusait une « puissance astrale » de la dominer, de la dédoubler, de lui « prendre son double », etc... Dès notre premier interrogatoire, Simone nous a déclaré qu'elle est, depuis de longues années, sous la domination de quelqu'un qui l'a envoûtée, sans doute, ajoute-t-elle, le Dr X... qui, l'un des premiers, lui avait donné ses soins. Ce docteur m'a envoûtée, ne cesse-

t-elle de répéter, pour me faire souffrir. Et c'est pour échapper à cette domination, à cette emprise, que Simone est allée consulter un occuliste, lequel l'adressa au R. P. T. aux fins d'exorcisme.

Bien que, depuis le premier début de ses manifestations délirantes, Simone ait quelque peu compliqué le thème primitif sur lequel elle a brodé, elle n'y a rien ajouté d'essentiel.

Comme l'observation en porte témoignage, Simone a été frappée d'*encéphalite léthargique* et fut soignée pendant plusieurs mois pour cette maladie à l'Hôpital des Enfants-Malades. Si la guérison des symptômes physiques semblait acquise, du moins pour la plupart d'entre eux, la tendance à la somnolence et même les crises de véritable narcolepsie persistaient. Et encore, à l'heure actuelle, la malade est prise parfois, au cours de la journée, en lisant ou en cousant, d'un sommeil impérieux et irrésistible.

Voilà le premier fait. *Le second consiste dans les perturbations qui accidentent le sommeil de la nuit.*

En général, très peu de temps après l'endormissement, ou au cours de celui-ci, Simone entre dans un état très spécial, sorte d'état second au cours duquel foisonnent dans son esprit des reminiscences, des visions, des auditions, des sensations de toute nature, mais surtout des impressions voluptueuses ou leurs équivalents. C'est une sorte de rêve éveillé, nous déclare Simone ; il me suffit d'entr'ouvrir les yeux pour que les visions apparaissent.

Grâce au récit que nous a conté le père de la malade, homme intelligent et moralement fort bien équilibré, nous avons recueilli de précieuses précisions sur les états de transe que Simone présente, le plus souvent, dès les premiers moments du sommeil de la nuit. En général, on est attiré par le bruit ou les cris que pousse Simone ; celle-ci appelle, supplie, demande qu'on la délivre, pousse de tels gémissements que les voisins s'inquiètent. Lorsque son père s'approche d'elle, Simone a les yeux ouverts ; répond aux questions mais semble ne pas voir les objets qui l'entourent ; elle *paraît égarée*. Incertain si sa fille est en *état de veille* ou « d'extase », son père la réveille en la secouant rudement. Alors Simone reprend contact avec le monde réel et raconte les péripéties du cauchemar qu'elle vient de vivre.

Très souvent, Simone poursuit son rêve à *l'état de veille*, elle allume l'électricité, aperçoit près de son lit des personnages, les entend bavarder, discuter : parfois elle se lève pour les surprendre dans leur retraite (récit du père).



Pendant une longue période, ces épisodes rendirent Simone très craintive pendant les heures de la nuit ; demeurer seule le soir à la maison lui était très pénible. Elle avait toujours, nous dit son père, le sentiment très vif que quelqu'un était près d'elle, bien qu'elle ne le vît point.

D'autre part, le soir, deux personnes se tiennent près d'elle, chargées de surveiller tous ses actes, l'une rendant compte à l'autre de tout ce que Simone a fait pendant la journée.

Au cours des états singuliers dont on vient de spécifier les caractères et que l'on pourrait qualifier de *transe* pour ne pas préjuger leur nature, Simone est le jouet de visions, d'auditions et de mille autres sensations et perceptions dont la description a été donnée plus haut.

Sans y revenir, nous voudrions cependant indiquer, à grands traits, les caractéristiques très personnelles de ces étranges phénomènes.

Ce qui prime évidemment, c'est bien l'échappement, le vol, le rapt de ce que Simone appelle son « double » et qui est l'image d'elle-même. Image assez floue, tenant à la fois du corporel et du spirituel, et faite d'une sorte de matière et d'une espèce d'esprit. Lorsque les mauvais esprits se sont emparés de son double, l'anxiété apparaît, et Simone crie, supplie qu'on lui rende ce double, qu'on la « redouble ». Alors, plus ou moins vite, ses protections interviennent qui obtiennent le retour de cette image, laquelle vient s'appliquer à nouveau sur le corps dont elle avait été séparée, arrachée quelques instants plus tôt. Mais parfois, ce « double » ne lui est rapporté qu'incomplètement, il lui manque tantôt un membre, tantôt un autre, l'anxiété devient extrême pour disparaître seulement lorsque la partie manquante lui revient, portée par une barque que conduisent des hommes noirs. En somme, l'image de soi, arrachée par ce que Simone appelle les mauvais esprits, lui est restituée et s'applique exactement à la surface de sa personnalité physique. Cela est si vrai que, pendant la période où Simone, atteinte de zona, était dédoublée et perdait son double, lorsque cette image lui était rendue et qu'elle se recollait sur sa personne de chair, elle éprouvait une cuisson pénible et limitée à l'endroit de l'éruption cutanée.

Mais « le double » n'est pas seulement l'image détachée de soi, c'est aussi une partie de « l'âme » de Simone : ce double souffre, subit mille tourments que Simone éprouve par répercussion dans ce qu'elle appelle son « corps terrestre ». Et parmi ces tourments, il faut compter aussi les sensations voluptueuses,

amoureuses, les prises de possession lascives que lui impose le démon, l'esprit malin, le Diable. Ce double, capable de souffrir tout comme le corps terrestre, Simone peut volontairement, dans l'état de transe, l'abandonner aux mains de ses ennemis pour échapper au danger. Fait également singulier, lorsque le double l'a quittée et qu'elle se réveille, l'infidèle image lui revient presque automatiquement. Aussi, nous dit-elle qu'elle cherche et fait effort souvent pour sortir de son rêve, pour se réveiller, afin que lui soit rendu le double arraché ou volontairement abandonné. Simone décrit ainsi : « Je savais (dans mon rêve) que je n'avais plus mon double ; ayant déjà fait l'expérience, je me suis levée de mon lit terrestre et mon double est revenu automatiquement. » Et encore : « Lorsque je crois mon âme en danger, et que je suis endormie, je me réveille terrestrement, je me lève de mon lit pour que mon double revienne secrètement à moi. Je m'aperçois, en voulant me lever, que, réellement, je ne l'avais pas, car je chancelle sur mes jambes et je suis obligée de me tenir à la table de nuit. »

Cette restitution lui est ensuite assurée par « des voix » qui lui parlent à l'oreille dès qu'elle est recouchée et qui lui disent : « Qui lui a rendu son double ? » Et on lui explique qu'elle est presque guérie.

D'après la pensée de Simone, ce double est bien quelque chose de matériel, car elle a senti une fois que le double chutait dans un taillis de ronces. Davantage, Simone a pu contempler directement, au cours d'un rêve, son « corps astral », lequel n'est qu'une locution figurée du double. « J'ai vu dans une glace, écrit-elle, mon corps astral. J'ai eu un peu peur, car j'avais de gros yeux, le gauche plus noir que le droit, puis j'avais des chevilles très fines et les cheveux longs. »

Dans cette « image astrale », Simone se reconnaît, elle ne doute point que c'est son double qui est en face d'elle, mais cette image ne reproduit que des traits déformés de sa personne physique et le miroir astral se comporte un peu à la manière des glaces déformantes que chacun a expérimentées. Il s'agit donc ici d'une vision ou représentation spéculaire ou autoscopique d'une qualité particulière survenant au cours d'un état onirique.

Ainsi que nous l'avons déjà mentionné, « le double », détaché de la personne physique de Simone, demeure cependant relié à l'individualité physique et psychique de celle-ci par d'invisibles liens. Les supplices, les tortures, les jouissances perverses que « l'on » impose à son double, Simone les éprouve, dit-elle, dans

ses sens et dans son âme. Une fois, celui qui a repris son double a découpé dans celui-ci la partie génitale et a épanché son vice sur elle pendant une heure. Elle sentait, pendant qu'« il » possédait son corps astral, les secousses dans son lit terrestre ; mais elle n'a éprouvé nulle jouissance puisqu'« il » avait découpé préalablement la région sexuelle pour la punir d'avoir mis, à côté d'elle, une paire de ciseaux.

*Les visions et les phénomènes diaboliques.* Ceux-ci méritent seulement d'être relevés, car leur originalité ne dépasse pas celle que l'on peut attendre d'un esprit assurément intelligent, mais d'une culture médiocre comme l'est Simone. On ne peut pas ne pas remarquer cependant l'extrême fréquence de la conjonction des sensations ou des visions de caractère érotique avec les apparitions diaboliques. Tous ces phénomènes se déroulent au cours de la transe, ou encore surviennent dans la période de la *prae dormitio* ; parfois même, ceux-ci apparaissent, lorsque Simone est couchée, sous la forme d'hallucinations de la sensibilité, de la cénesthésie et, dans des cas plus exceptionnels, sous l'apparence d'illusions auditives. Un exemple : le 19 mai 1936, Simone, étendue, ne dormant pas, éprouve l'impression que des serpents s'enroulent autour de son corps, elle se lève, prend de l'eau de Lourdes, puis se recouche. Les serpents ont disparu, mais, transportée dans un « club diabolique », elle entend le tic-tac de son réveil lui dire : » Elle est marquée pour toute la vie. »

Pieuse et quelque peu superstitieuse comme l'est Simone, l'on devine aisément les moyens de défense dont elle peut faire usage : les prières, l'absorption d'eau de Lourdes, des « grands signes de Croix dans le vide », des conjurations variées dont l'une est assez pittoresque. Dans le but de n'être pas sujette pendant la nuit aux maléfices, Simone place, près de son lit, une assiette contenant un peu de braise. Cela suffit au moins pour certaines nuits.

*Les hallucinations et les illusions sensorielles.* A l'état de veille, Simone n'est pas hantée par de fausses perceptions, du moins l'interrogatoire ne permet pas de retrouver ces phénomènes. Il n'en est pas de même, soit à la période de l'endormissement, soit à celle du réveil qui succède à un rêve. A maintes reprises, Simone poursuit son rêve à l'état de veille et rattache ses images oniriques à des sensations déformées ou même les enchaîne à des images n'ayant aucun fondement dans la réalité.

*Origine de la symbolisation chez Simone.* Nous l'avons vu, Simone a toujours été et demeure une jeune fille pieuse et rem-

plissant exactement ses devoirs d'état comme ses obligations religieuses. Aussi, par la connaissance qui lui a été donnée ou qu'elle a recueillie de ses lectures, l'appareil de démonopathie semble d'une explication assez aisée. Tous les attributs qu'elle prête à l'entité ne s'écartent pas de ce qu'une personne du milieu et de l'instruction de Simone peut connaître.

Il n'en va pas de même pour ce qui est des phénomènes de dédoublement de la personnalité. Remarquons, d'abord, que, si notre patiente a été consulter un occultiste, puis un R. P. exorciste, ce n'est pas par eux qu'elle a pris connaissance du phénomène de dédoublement et de l'envoûtement. C'est précisément parce qu'elle éprouvait ces deux sentiments que Simone interrogea et l'exorciste et l'occultiste. Certes, ce dernier lui a sans doute communiqué quelques expressions courantes de la doctrine ésotérique qu'il professe, et c'est probablement grâce à ce fait que Simone parle si complaisamment de corps astral, de voyage dans l'astral ; mais, nous le redisons, si le mot a été introduit dans son esprit par le dehors, la chose y était déjà. Et la chose importe beaucoup plus que les mots par lesquels on la désigne. Est-il besoin de faire remarquer que le sentiment de dépersonnalisation, de déréalisation, de dédoublement sont couramment observés chez des malades qui ignorent les pratiques de l'occultisme du tout au tout ?

C'est pourquoi il nous paraît d'un intérêt certain de comparer les conceptions de notre malade avec celles qui habitent l'esprit des primitifs. Des traits de ressemblance étranges apparaissent immédiatement. Dans l'âme primitive, écrit Lévy-Brühl, il n'existe aucune opposition foncière entre l'esprit ou l'âme et la matière ; contrairement à notre manière de penser, le principe de l'indivisibilité corporelle et psychique n'appartient pas à l'esprit du primitif, ainsi que le montre la signification des « appartenances ». Bien plus, la notion d'un double de soi-même, d'une réplique, d'une image de soi, tout ensemble indépendante et reliée au moi par des relations permanentes et invisibles, fait partie intégrante du système psychologique des primitifs. Pour ceux-ci, le second moi, uni mystiquement à ce que nous appelons le moi réel, vit et meurt en même temps que celui-ci. Allons plus avant : chez les Maori de la Nouvelle-Zélande, ce double (ou esprit) peut quitter le corps pendant la vie, s'émanciper au cours du sommeil et visiter, tandis que l'individu est endormi, des gens et des lieux très éloignés.

Le *Waina* (ou esprit) quitte le corps pendant les heures où la base physique dort (Lévy-Brühl).

Insistons enfin sur cette notion capitale que ce double, le

« corps astral », n'est pas considéré comme une simple représentation de l'original, entièrement distincte de lui-même ; en réalité, c'est lui-même encore.

Par conséquent, ce double, ce corps astral des primitifs uni mystiquement à l'individualité réelle et vivante, peut souffrir ou jouir avec celle-ci, et toute atteinte au double atteindra, par répercussion, l'original.

Ne trouvons-nous pas, dans ce système, les éléments les plus personnels et les plus caractéristiques du thème délirant développé ?

De pareils liens de similitudes entre la pensée des primitifs et la pensée de Simone ne sont-ils pas singulièrement évocateurs ?

Pour en revenir maintenant à l'objet de cette communication, c'est-à-dire au processus de la démonopathie, nous ne pouvons pas ne pas souligner que si, dans la plupart des cas de possession diabolique morbide, l'enchaînement et l'origine des idées délirantes échappent à notre prise, ici nous en saisissons, dans une certaine mesure, le mécanisme pathologique. De toute évidence, c'est à la suite du développement d'une encéphalite à type léthargique que sont écloses les idées singulières de dédoublement, d'envoûtement et de possession diaboliques que Simone nous expose dans ses écrits et par sa parole. Toute l'activité délirante se montre alimentée par des impressions, des sensations, des illusions et des hallucinations qui se réalisent exclusivement au cours de la nuit ou encore pendant les accès narcoleptiques. En vérité, il ne s'agit pas, pour Simone, d'un sommeil véritable, même narcoleptique, au cours duquel des phénomènes de ce genre sont exceptionnels, bien que l'un de nous (Lhermitte), avec R. Huguenin, en ait dénoncé la possibilité, mais plutôt d'un état singulier, intermédiaire entre l'état morphéique et l'état de veille. Bien souvent, au cours de ces « transes », Simone garde un certain contact avec le monde extérieur ou encore se montre insensible aux excitations qui normalement eussent réveillé le sujet le plus profondément endormi. Parfois aussi, Simone nous a conté que les sensations voluptueuses ou pénibles que lui infligeait le démon, que les images et les idées qui lui hantaient l'esprit et qu'elle désirait repousser la surprenaient dans un état de conscience lucide tandis que son corps demeurait immobilisé et insensible aux ordres de sa volonté.

Il semble bien que ce ne soit point forcer les faits que d'entendre ici les phénomènes sous l'angle de la cataplexie de la nuit (*die Nachtanfall*).



En dernière analyse, nous sommes donc amenés à conclure qu'il existe, parmi les multiples processus morbides qui peuvent conduire au délire démonopathique, un type particulier dont la personnalité se manifeste dans une activité onirique, engendrée elle-même par un état morbide organique dont les effets majeurs ont été la désorganisation partielle du dispositif régulateur de la veille et du sommeil.

Avant la connaissance des méfaits de l'encéphalite épidémique, un semblable cas eût paru, sans nul doute, d'interprétation difficile ; aujourd'hui, au contraire, l'enchaînement des faits se révèle en pleine lumière, ce qui montre, si l'on en doutait, que, sur ce point, la neuropsychiatrie a marqué un progrès.

M. HESNARD. — Le grand intérêt du cas analysé de façon si exacte et si brillante par M. Lhermitte est la réalisation, par une cause organique et bien définie — l'encéphalite — d'un syndrome en tous points comparable aux états que, jadis, on étiquetait uniformément : hystérie.

Il semble que l'encéphalite ait retenti sur l'équilibre neuro-psychique de cette malade selon deux processus très distincts quoiqu'étroitement conjugués ; d'une part, une poussée d'excitation sexuelle, d'exaltation instinctive de sens érotique, conditionnée sans doute par des modifications neuro-végétatives et endocriniennes ; d'autre part, une injure neurologique donc certaines séquelles conditionnent la production de ces crises oniriques, somnambuliques ou oniroïdes et hypnagogiques, qui absorbent d'ailleurs toute la maladie psychique, puisque la malade est lucide et réservée durant l'état de veille.

Cette rencontre des deux processus organiquement conditionnés est tout à fait intéressante puisqu'elle nous montre qu'une malade habituellement normale, malgré le refoulement érotique qui paraît être le sien, peut être livrée à des poussées érotiques de formule clinique franchement morbide par le seul fait d'une affection organique post-encéphalitique. En d'autres termes, le refoulement qui aboutit aux symptômes névro-psychopathiques peut être, de toutes pièces, déterminé par une affection organique.

M. VIÉ. — J'ai, dans mon service, une malade de 34 ans qui présente des signes physiques évidents d'encéphalite épidémique et, au point de vue mental, des états obsédants avec angoisse qu'elle qualifie elle-même d'*enféromanie*. Elle souffre aussi d'agoraphobie et présente des hallucinations visuelles de caractère onirique.

Dans l'observation que nous venons d'entendre, il est intéressant de voir les modifications survenues dans la formule psychologique de l'encéphalite. Tout se bornait, pendant l'enfance, à des troubles du caractère, instabilité et taquineries. Le délire n'a apparu que plus tard.

M. LHERMITTE. — Ce qui est surtout à noter dans ce cas, c'est l'absence de tout signe physique neurologique, malgré la nature incontestablement organique des troubles de la pensée, du sommeil et du tonus que présente cette jeune fille.

**Part des perturbations endocriniennes dans la physiopathologie mentale à propos d'un cas de Déséquilibre constitutionnel. Echec de la Thérapeutique par le Cardiazol, par MM. Pierre CHATAGNON, A. SOULAIRAC et M<sup>lle</sup> Camille CHATAGNON.**

Tout syndrome mental est conditionné par de multiples facteurs que l'on peut réduire schématiquement ainsi : facteur inflammatoire ou infectieux, facteur toxique, facteur involutif précoce très souvent associé à un facteur de dysgénésie du système nerveux. C'est dans le groupe des processus involutifs précoces et de dysgénésie du système nerveux que se groupent le plus grand nombre des syndromes mentaux et en particulier tous les faits de l'ancienne dégénérescence mentale.

Le cas clinique que nous rapportons est un exemple de ces troubles du développement du système nerveux, intriqué à des perturbations endocriniennes de la sphère génitale. On ne saurait, en effet, trop insister sur la participation des endocrines aux modifications involutives du tissu nerveux, l'équilibre des sécrétions de toutes ces glandes étant indispensable à l'harmonie du fonctionnement cérébral. Il n'est, pour ainsi dire, pas de cas de pathologie mentale où l'on ne puisse mettre en évidence, le plus ordinairement d'une façon patente, des dysrégulations, des insuffisances endocriniennes.

L'observation résumée ci-dessous est, à cet égard, fort instructive :

Mlle C. Renée Palmyre a 24 ans, elle entre à Maison-Blanche le 25 mai 1938, elle pèse 51 kgs, a une taille de 1 m. 45, et l'aspect d'une grosse fille boulotte et pâlotte, mais ce qui frappe, c'est l'état de terreur anxieuse et d'appréhension douloureuse de ce visage : l'opposition à l'examen est absolue, le regard est plein d'effroi, la respiration haletante et elle cherche des yeux et du geste à s'enfuir ; elle tremble et une transpiration profuse est visible sur tout le corps.

L'interrogatoire est impossible et les quelques mots prononcés expliquent l'angoisse et la crainte d'un traitement par « piqûres ».

Au bout de quelques jours, et grâce à la psychothérapie, cet état dramatique cède : la jeune fille répond correctement à nos questions, nous renseigne sur son passé avec précision, elle est lucide, bien orientée, son affectivité est normale, on note cependant de la timidité, du puérilisme, de la suggestibilité, un sourire facile, des inhibitions motrices que nous portons au compte de la débilité mentale. Le fonds intellectuel est très pauvre : les opérations de calcul élémentaire ne sont pas effectuées ; on obtient difficilement la définition par l'usage ; nul acquit scolaire et le bilan général à l'aide des tests de Binet-Simon révèle un âge mental oscillant entre sept et huit ans.

Brusquement, le 6 juin, douze jours après l'entrée, on observe une crise comitiale typique : crise convulsive généralisée avec phases tonique, clonique et résolutive, émission d'urine et amnésie. Il n'y a pas eu de morsure de la langue. Cette crise unique ne s'est pas accompagnée, depuis, de troubles de la série comitiale.

Mlle C. se comporte progressivement d'une façon correcte, s'occupant aux travaux du ménage, mais manifeste, au moment de ses menstrues, des troubles du caractère : taquineries vis-à-vis de ses compagnes (leur tire les cheveux, les pince, leur lance des boulettes de papier mâché, leur retire brusquement leur siège pour provoquer leur chute, etc.).

Un traitement par la lutéine, puis par l'acétate de testostérone, est institué en raison d'une hypermastie considérable. On est, en effet, frappé par le développement anormal des seins : les seins mesurent 45 cm., ils retombent sur l'abdomen et par leur poids constituent une gêne et une entrave au travail manuel. Il s'agit bien d'hypertrophie glandulaire : les grappes et lobules glandulaires sont nettement perçus augmentés de volume. La région pubienne, ainsi que l'abdomen sont normaux, la région axillaire est normalement pileuse.

Apparition tardive des menstrues à 16 ans, se reproduisant régulièrement, mais interrompues brusquement et temporairement lors de l'émotion provoquée par le décès de son père. Aménorrhée en juillet et août 1938. Depuis, menstrues normales.

Par ailleurs, faciès pâle à réactions vaso-motrices très intenses, le déséquilibre émotionnel est intense, les réflexes tendineux sont vifs, tant aux membres supérieurs qu'inférieurs. Les pupilles sont égales, régulières, les réflexes iriens sont normaux. Il n'y a pas de troubles de la sensibilité, pas de troubles trophiques, pas de troubles sphinctériens. Le cœur est de volume normal, les bruits sont normaux. La tension artérielle est de 16-10 (auscultatoire). Le pouls bat à 74 à la minute. Le réflexe oculo-cardiaque, 74-84. Après traitement par la testostérone, la tension artérielle est de 14-9 (auscultatoire).

*Examens de laboratoire.* — Urines : albumine : 0 ; sucres : 0 ; acétone : 0. Sang : urée : 0,26 p. 1.000, 0,24 p. 1.000 ; cholestérol total : 1 gr. 50 p. 1.000 ; calcium : gr. 0,98 p. 1.000. Sérum albumine : 47 gr.

p. 1.000. Sérum globuline : 26 gr. p. 1.000. Rapport  $\frac{\text{sérum albumine}}{\text{globuline}} = 1,42$ . Chlore globulaire : 1 gr. 84 p. 1.000. Chlore plasmatique : 3 gr. 40 p. 1.000. Rapport  $\frac{\text{chlore globulaire}}{\text{chlore plasmatique}} = 0,54$ . Glucose : 0 gr. 90-0 gr. 88 p. 1.000. Formule sanguine : normale quantitativement et qualitativement.

Nous ne pouvons faire état de nos déterminations physiologiques d'hormones sexuelles qui sont entachées d'erreurs, et dont les chiffres ont besoin de vérifications.

Métabolisme basal : + 23,7 pour cent, donc en augmentation légère, mais nette, le coefficient émotionnel n'entrant pas en ligne de compte puisque le volume expiré à l'heure : 377 litres, est très normal.

*Electrocardiogramme.* — 24 mars 1939 : complexes normaux, mais de bas voltage. Arythmie respiratoire. Prédominance droite.

*Sphymogramme.* — 24 mars 1939 : les constituants de l'onde pulsatile sont très nets.

*Radiographie* (D<sup>r</sup> Misset). — La selle turcique encadrée par des apophyses clinoides massives est plutôt petite, son fonds est net et régulier, il repose sur un bloc que ne paraît pas encore avoir pénétré l'extension des sinus sphénoïdaux. Les sutures coronale et lambdoïde paraissent très libres. La paroi crânienne est mince, mais de teinte normale.

*Courbe de poids* : mai 1938 : 51 kgs ; juin : 53 kgs ; juillet : 56 kgs ; août : 59 kgs ; septembre : 61 kgs 800 ; octobre-novembre : 61 kgs. 800 ; décembre : 59 kgs ; janvier 1939 : 59 kgs 400 ; mars 59 kgs.

*Antécédents personnels.* — Est née à terme, première dent à un an, marche à 4 ans. Broncho-pneumonie à 5 ans, reste malade jusqu'à 7 ans. Apprend mal à l'école. N'a jamais eu de crise convulsive.

A 18 ans en 1932 : premiers troubles mentaux déclenchés en même temps que l'aménorrhée par le choc émotionnel à la vue de son père mourant. Aspect prostré, somnolent et confusionnel. Entre à l'Hôpital Henri-Rousselle, puis est traitée à Clermont (Oise) jusqu'en 1935, d'où elle sort.

A 23 ans, en 1938, entre à nouveau à l'Hôpital Henri-Rousselle, où elle est traitée pour : « Démence précoce. Aspect catatonique. Stéréotypies motrices, opposition passive, mutisme, sourires immotivés. Refus d'aliments ou gloutonnerie, gâtisme. Traitée par le cardiazol avec rémission de trois semaines. », D<sup>r</sup> Génil-Perrin, à l'obligeance duquel nous devons les renseignements suivants : le traitement par le cardiazol, commencé le 11 mars 1938, est terminé le 4 mai 1938.

Il n'y a pas d'amélioration depuis le 8 avril 1938 : internée depuis le 19 mai 1938.

C'est alors qu'elle entre cinq jours plus tard dans notre service dans l'état de terreur anxieuse que nous avons décrit plus haut.

*Antécédents héréditaires et collatéraux.* — Le père diabétique et cardiaque décède à 52 ans. Grand-père paternel décédé à 53 ans, diabétique et cardiaque. Grand-mère paternelle décédée cardiaque à

65 ans. La mère est vivante, cholémique. A eu onze enfants : deux sont décédés en bas âge (méningite et typhoïde), un s'est suicidé et le dernier serait atteint de rachitisme. Aucun des dix enfants ne présente d'hypertrophie mammaire ni de syndrome comitial.

CONCLUSIONS. — Bouffées délirantes confusionnelles déclenchées par un choc affectif, évoluant sur fonds de débilité mentale chez une adulte de 24 ans, à hérédité chargée (père diabétique et cardiaque, mère cholémique) et chez laquelle on observe une instabilité émotionnelle considérable avec troubles endocriniens de la sphère sexuelle marqués surtout par une hypermastie glandulaire considérable.

Nous sommes donc là en présence d'un cas de trouble mental associé à une dysendocrinie de la sphère génitale.

Le fonctionnement troublé des endocrines n'a pas une formule unique, il est, nous le répétons, d'une énorme fréquence au cours des syndromes mentaux. Les facteurs qui ont déterminé l'évolution défectueuse ou les dysgénésies de l'appareil nerveux central sont les mêmes que ceux qui ont frappé le système endocrinien. Cette hypothèse autorise et canalise l'action thérapeutique. En effet, l'harmonie de notre personnalité psychique résulte d'un équilibre constant entre l'activité des sécrétions hormonales et celle de nos fonctions cérébrales. La sécrétion de telle ou telle de nos endocrines vient-elle à être perturbée ? il s'en suit l'apparition de troubles psychiques légers ou plus accusés. Il est commun d'observer des troubles de l'humeur et du caractère, voire même l'apparition ou l'aggravation d'idées délirantes ou de troubles psycho-sensoriels lors des phénomènes d'ovulation par exemple ; il en sera de même lors des défaillances des surrénales et on pourrait en dire autant de la plupart des autres perturbations endocrines.

Pour le cas qui nous occupe, rien n'est sans doute plus obscur que l'étiologie de ces hypertrophies glandulaires mammaires, pour les uns elles seraient sous l'unique dépendance de l'hyperfolliculinémie, pour d'autres le problème serait plus complexe, devant tenir compte de l'action du chef de file hypophysaire, de l'hormone lutéinique et de tout le complexe des sécrétions sexuelles. Nous ne pouvons malheureusement porter de précisions rigoureuses d'ordre biologique qui eussent éclairé la conduite de la thérapeutique, notre organisation de recherche scientifique étant rudimentaire. Malgré cela, nous avons pu établir que, hormis les sécrétions d'ordre génital, les constantes organiques étaient normales, toutefois le métabolisme basal était en nette augmentation.



Nous avons administré l'hormone lutéinique, puis ensuite de l'acétate de testostérone à la dose de dix milligrammes par jour durant l'espace intermenstruel et répétant les séries d'injection en même temps que nous pratiquions la psychothérapie, nous avons assisté, au cours même de la première série d'injections, à une sédation de l'excitabilité émotionnelle, à une atténuation considérable de l'anxiété et à une régression — petite il est vrai (2 à 3 cm.) — mais certaine du volume des seins. Sans doute, le fonds de débilité mentale du sujet n'a-t-il été en rien modifié, pas plus du reste qu'il ne l'a été par le traitement au cardiazol puisque, nonobstant ce dernier, l'internement a été nécessaire. Si, dans le cas présent, le traitement par le cardiazol n'a entraîné aucune séquelle cardiaque, puisque cliniquement l'appareil cardio-vasculaire est indemne et que l'électrocardiographie ne décèle aucune anomalie, il n'en a pas moins été responsable : 1° de cette crise comitiale survenue spontanément le 6 juin 1938, alors que les dernières convulsions avaient été provoquées le 4 mai 1938 et 2° de cet aspect dramatique de terreur anxieuse auquel nous avons assisté lors de l'entrée de la malade dans notre service et qui s'est amendé peu à peu.

Nous n'agissons efficacement à l'égard des syndromes mentaux qu'en traitant leur cause, et nous souvenant de l'ancienne notion des folies sympathiques de Loiseau, nous dirons : Le trouble mental n'est souvent que la traduction clinique d'une perturbation humorale complexe intéressant de multiples éléments glandulaires souvent éloignés de la boîte crânienne.

M. VILLEY. — J'ai vu, chez une déséquilibrée améliorée par la cardiazolthérapie, survenir, alors que la thérapeutique était suspendue, deux crises d'épilepsie dont l'une survint au moment où la malade assistait à la crise d'épilepsie d'une autre malade et dont l'autre survint sans cause occasionnelle.

**Sur un cas d'érotomanie pure,**  
par MM. Pierre Lôo et Jean SALMON

Une récente discussion devant cette même Assemblée, venant après d'intéressantes thèses, a donné à cette question une sorte d'actualité ; mais ce qui nous a déterminé à faire cette communication, c'est, en premier lieu, un incident d'évolution où la malade, après un amour de *vingt années*, abandonne soudain l'objet aimé pour en choisir un autre, sans rien modifier de

son mécanisme délirant, en second lieu, les conditions de cette mutation soudaine qui nous inspirent des présomptions étiologiques d'ailleurs déjà exprimées par d'autres auteurs ; enfin, nous pensons que le cas rapporté mérite d'être considéré comme une forme d'érotomanie pure, au sens de de Clérambault, forme assez rare, semble-t-il, puisqu'on en a même contesté l'existence.

OBSERVATION. — *I. Période qui conduit Mlle N... de sa naissance à l'âge de 28 ans.* — Née en 1890, à Pont-de-Chérury, dans l'Isère, où son père était diamantaire, elle le suit à Lyon, puis en Algérie, où elle passe quelques mois, puis revient en France chez son parrain, jusqu'en 1898. Elle retourne en Algérie, habite Médéa, puis Tiaret, où elle fait ses études.

« J'apprenais bien, dit-elle, j'étais intelligente, j'étais de la force  
« du Brevet et on devait demander une dispense d'âge pour me présenter. Ensuite, j'ai aidé mes parents, mon père ayant inventé un  
« système de marque pour bétail, j'ai fait des démarches pour le  
« faire adopter du Gouvernement Général. Ça a réussi, nous avons  
« eu la fourniture. »

Elle eût aimé vivre tranquille, se marier, mais les événements l'ont entraînée.

« C'est en 1927-1928 que je me suis occupée de politique internationale, ce sont les Princes, les Ministres qui m'ont poussée. »

Elle était « jolie, élégante, distinguée », portant bien la toilette, « toujours des choses simples, mais qui allaient si bien ! », aussi ne manqua-t-elle pas de prétendants :

à 22 ans, un médecin militaire, jeune et bien, à qui elle en imposait, mais qui épouse une autre jeune fille ;

à Tiaret, un autre médecin tourne autour d'elle et voudrait bien l'épouser, mais les projets n'aboutissent pas...

Et bien d'autres soupirants encore « qui m'aimaient beaucoup mais n'ont pas osé me le dire ».

*II. Amour pour le Prince de D..., de 28 à 46 ans.* — En 1918, Mlle N... aurait fait la connaissance, dans un salon de Rabat, du Prince de D..., engagé à la Légion étrangère (1).

Comment comprit-elle que cet officier l'aimait ? Mais, tout de suite :  
« Il m'a baisé la main..., dit-elle..., ne l'écrivez pas, il y a des vérités  
« qu'il ne faut pas dire..., soyez discret... Il tournait autour de moi...  
« C'est le Prince qui a fait toutes les avances, je me suis toujours  
« tenue en arrière, si j'avais été moins réservée, je serai mariée. »

Dès lors, elle travaille pour lui, pour son pays. « Je l'ai aidé pour  
« la politique, j'étais sa collaboratrice », nous dit-elle, et elle lui écrit

(1) L'engagement à la Légion étant fait pour faciliter le divorce du Prince en vue d'épouser Mlle N...

de l'asile : « Quand je pense à nos exploits, à notre travail pour la « paix à la Société des Nations. »

Elle le dirige par ses lettres et le Prince a besoin d'elle, il ne peut vivre sans elle, il le lui fait savoir par les journaux ; ses photographies que la presse publie sont autant de questions posées ou de promesses de rendez-vous.

A la suite d'un appel plus pressant du Prince, elle se rend en France, croyant le rencontrer et ne trouve personne. Elle excuse cette absence, qu'elle attribue à la sévérité d'une de ses lettres et se fait interner au cours d'une démarche à la Légation de D..., en mai 1932.

Mais l'amour résiste à cette épreuve, comme il résiste au temps, à l'absence du Prince, et à son silence, malgré les lettres tendres et naïves qu'elle lui adresse régulièrement. Ni les objections, ni les railleries de l'entourage, des médecins, de sa famille n'altéreront sa foi pour le Prince qui veille sur elle, et l'attend pour être heureux.

Il est son seul confident et dans les lettres d'un type uniforme on retrouve certains traits qu'il nous paraît intéressant de signaler.

Elle entretient son « bien-aimé fiancé » de toutes les petites déconvenues qui lui surviennent à l'asile et en particulier lui parle très souvent de ses règles.

« Je ne cesse de demander au Docteur de l'inogyl en quantité suffisante que je paierai et il devrait me rétablir mes règles..., je suis « bien constituée, j'ai toujours eu une santé solide, et, depuis que j'ai « pris froid, mes règles ont du retard. »

« J'ai continuellement des douleurs au ventre et aux reins. Les « règles se nomment l'horloge de la santé féminine et je m'en aperçois. »

Elle s'intéresse aussi vivement aux plus petits détails de la santé du Prince : « J'espère que vous vous soignez bien, que vous êtes en « excellente santé, que vous avez meilleur appétit... Vous devriez « prendre vos repas dans un restaurant le plus chic de Sidi-Bel-« Abbès... »

Elle lui conseille de manger des brioches, de se les faire faire selon une recette qu'elle lui donne... « Vous pourriez en prendre à « votre déjeuner, en vous levant, avec votre café au lait et l'après-« midi à votre goûter avec du cacao au lait. Les brioches bien faites « sont légères à l'estomac... »

Elle veut que sa sœur épouse son frère, « le Prince Eric ». Elle presse celle-ci et s'adresse au Maire de Tiaret pour qu'il intervienne et la décide.

Elle écrit aussi aux parents du Prince, aux Ambassades, à toutes les autorités qui sont au courant de son intrigue amoureuse : « Je « sais combien nos amours vous sont sympathiques, l'intérêt que « vous nous portez sera satisfait par cette lettre... »

Et elle proteste quand on inscrit ses propos : « Pourquoi prenez-« vous ces détails ? Tout le monde les connaît. »

*Cet amour pour le prince de D... a duré, dans un optimisme permanent, de 28 à 46 ans.*

Mais, en 1936, un Prince est appelé à régner, dont la presse publie à l'envie les photographies et les complications sentimentales. Désormais, c'est vers lui que notre malade porte son délire, sans le transformer, par une simple substitution de l'objet aimé.

*III. Amour pour le Duc de W...* — La dernière lettre au Prince de D... date du 27 avril 1936. Elle écrit au Duc de W..., pour la première fois, le 14 février 1937.

Mais déjà il est bien incorporé au délire et rétabli rétrospectivement dans la vie de Mlle N...

Elle s'exprime ainsi : « Laissez-moi vous dire, cher Duc, toute ma sympathie sincère et ma reconnaissance. Vous avez toujours été si gentil pour moi depuis plusieurs années. »

Le Duc de W... se substitue au Prince de D..., et, dans la même lettre, Mlle N... poursuit : « Par les journaux, je vous connaissais déjà et il me semblait qu'en venant à Paris j'aurais eu le plaisir de vous rencontrer agréablement et de faire votre charmante connaissance (1). »

« J'ai été internée quatre jours après mon arrivée dans la Capitale. Je sais que vous êtes au courant de mon internement aussi ignoble qu'injuste, qui dure depuis quatre années et neuf mois et demi et que même vous vous êtes intéressé à moi, ce dont je vous remercie. »

Aucune précision n'est donnée sur l'époque où commença l'intrigue amoureuse avec le nouvel objet.

« Notre union spirituelle, qui date depuis si longtemps », lui écrit-elle. Et du Prince de D... elle en parle parfois au nouvel élu comme d'un ancien prétendant sans intérêt auquel elle laisse, à titre de consolation, sa sœur...

« Ma sœur ne m'annonce pas son mariage, comment se fait-il que le Prince de D..., votre cousin, ne va pas la voir pour lui demander sa main... Il faut que le mariage de ma sœur s'annonce, il fera avancer le nôtre. »

L'amour du Duc de W... pour Mlle N... est très ancien. Dès sa première intrigue avec le jeune médecin, il avait été tourmenté et il se faisait représenter par les journaux pour se rappeler à elle, qui, au contraire, n'avait jamais pensé à lui.

« Moi, je n'y pensais pas... Je ne me suis jamais monté la tête. »

Par la suite, elle aurait rendu au Duc de W... un éminent et mystérieux service qu'elle, lui et la famille royale sont seuls à connaître : « Ce fut de ma part une chose bien chic et aussi sa famille m'estime beaucoup, et, par les journaux, je vois qu'on s'en souvient toujours. »

Le Duc l'a depuis longtemps et sans cesse poursuivie : « Chaque fois que je venais en France, la flotte anglaise était en rade d'Alger. Il se mêlait aux officiers anglais, je voyais qu'il me regardait et

(1) Ce voyage à Paris avait été fait pour rencontrer le Prince de D...

« avec son regard il me disait : tout est fini, ou : ça va bien. Je l'ai vu « et bien vu à Marseille et reconnu sous l'incognito. »

La Duchesse de W..., dont on lui a montré les photographies aux côtés du Duc, n'est qu'une aventurière, on fait cela pour éprouver son amour, le Duc n'est pas marié puisqu'elle est sa fiancée. Il ne peut d'ailleurs se passer d'elle. « Je l'aide dans ses affaires, son père « le poussait à se marier avec moi et la reine-mère aussi. J'ai des « sympathies partout et surtout dans son peuple qui est chic, sinon « je me retirerais. » »

Elle s'estime indispensable au bonheur de l'objet aimé et lui écrit : « Mon bien-aimé fiancé... Nous sommes tous deux faits l'un pour « l'autre. » Elle est optimiste et la réalisation de ses vœux est imminente : « Ce bonheur que vous n'aurez qu'avec moi est proche et « vous le méritez », écrit-elle.

Enfin, les lettres au Duc de W... contiennent les mêmes considérations sur la santé, les mêmes conseils, les mêmes confidences sur les déclinis physiologiques, que nous avons signalés dans celles adressées au Prince de D...

Le silence du soupirant ne peut avoir aucun sens inquiétant. « C'est « la politique, nous dit-elle, n'essayez pas de comprendre..., ça vien- « dra pour votre plus grande confusion. »

*Examen physique.* — Rien à signaler, si ce n'est un embonpoint notable. Absence de règles depuis mai 1936.

Tension artérielle : Mx 13, Mn 6 au Boulitte.

La recherche des réflexes oculo-cardiaque, pneumo-cardiaque, palato-cardiaque, l'épreuve de l'adrénaline, semblent indiquer une légère prédominance du vague qui s'accroît par la compression du pneumogastrique à l'angle du maxillaire inférieur ou au niveau du paquet vasculo-nerveux du cou.

*En résumé*, Mlle N..., soit par rapport au Prince de D..., soit à l'égard du Duc de W..., nous apparaît comme une érotomane, car elle a l'illusion délirante d'être aimée, illusion qui ne disparaît pas quand l'erreur est démontrée, enfin illusion que ne légitiment en rien les faits.

Nous retrouvons ici les divers caractères relevés par de Clérambault :

En premier lieu, le *postulat fondamental* : *C'est l'objet qui a commencé et qui aime le plus* :

Le Prince : « Il m'a baisé la main... il a fait toutes les avances... je me suis toujours tenue en arrière, si j'avais été moins réservée, je serais mariée. »

Le Duc : « Il avait tout fait pour que je lui écrive... il voulait se marier avec moi... il était tourmenté quand le jeune médecin tournait autour de moi. »



Voici les thèmes dérivés considérés comme évidents :

1° *L'objet ne peut avoir de bonheur sans le soupirant* : « Je suis tout pour le Prince. »

Au Duc, elle écrit : « Mon bien-aimé fiancé, nous sommes tout deux faits l'un pour l'autre... Le bonheur que vous n'aurez qu'avec moi est proche, et vous le méritez. »

2° *L'objet ne peut avoir de valeur complète sans le soupirant* : Elle aide, en politique, le Prince comme le Duc. Ceux-ci lui demandaient conseil.

C'est la faute du médecin si le Duc de W... s'est compromis avec une aventurière, car, libre, Mlle N... se fût rendue auprès de ce dernier, de caractère influençable, et l'eût détourné d'une telle erreur.

D'ailleurs, très souvent, dans ses lettres, soit à l'un ou l'autre objet, ou dans ses propos, Mlle N... fait allusion aux brillants résultats obtenus grâce à elle en politique internationale.

3° *Enfin, l'objet est libre*, et, nonobstant leur mariage, Mlle N... écrit régulièrement au « bien-aimé fiancé », hier le Prince de D..., aujourd'hui le Duc de W...

Nous trouvons encore les thèmes dérivés et qui se démontrent :

1° *La vigilance continuelle de l'objet* : « Vous êtes d'ailleurs au courant de tout », écrivait Mlle N... au Prince, et par les journaux, elle voit toujours que le Duc pense à elle.

2° *La protection continuelle de l'objet* : « Je sais, A... chéri, que vous ne m'abandonnez pas et que je puis compter sur vous le moment venu. »

Et au Duc, elle écrit : « Par les journaux, vous me faites comprendre que vous me soutenez. »

3° *Travaux d'approche de la part de l'objet* :

Le Prince de D... s'engage à la Légion pour se rapprocher d'elle qui habitait Tiaret.

Le Duc de W... se dissimule sous les traits d'un officier anglais pour la rencontrer en divers lieux.

4° *Conversations indirectes avec l'objet* :

Pour le Prince comme pour le Duc, leurs photos publiées par les journaux sont autant de questions posées... de promesses de rendez-vous.

5° *Ressources phénoménales dont dispose l'objet* :

« Le Prince n'a qu'un mot à dire pour me faire libérer. »

Chaque fois qu'elle vient en France, la flotte anglaise est en rade d'Alger, évidemment mobilisée par le Duc de W...

6° *Sympathie presque universelle que suscite le roman en cours.*

« Je sais combien nos amours vous sont sympathiques », écrit-elle au Maire de Tiaret. (Il s'agissait alors des amours avec le Prince).

De même, le roi et la reine, parents du Duc, désirent le mariage. « Il le poussaient à se marier... J'ai des sympathies partout et surtout dans son peuple qui est si chic. »

7° *Conduite paradoxale et contradictoire de l'objet.*

« Si le Prince ne dit rien, c'est que son divorce l'occupe trop... Il attend que tout soit réglé. »

Et si nous faisons remarquer le silence du Duc, c'est, dit-elle, « la politique... n'essayez pas de comprendre, ça viendra, n'ayez « crainte, pour votre plus grande confusion ».

Enfin, trait classique, elle entretient dans ses lettres l'objet de son amour, Prince ou Duc, de ses misères physiologiques (règles en particulier).

\*  
\*\*

Il nous semble que ce cas clinique s'adapte parfaitement à la description de de Clérambault et réalise une forme d'érotomanie pure, c'est-à-dire ne pouvant s'intégrer à d'autres groupes de la pathologie mentale.

En effet, Mlle N... n'a rien d'une paranoïaque, malgré quelques interprétations évidentes, elle s'en distingue par un optimisme constant et une naïve confiance.

Son fond mental est bon.

Elle peut sembler débile, mais en fonction exclusivement de son délire, car son niveau mental est supérieur à notre moyenne asilaire, elle a des acquisitions scolaires, et même nous croyons possible que ses maîtres d'école l'aient jugée douée ; sa famille nous l'a d'ailleurs confirmé.

L'appoint mégalomane est évident chez elle (Ministres, Princes ont besoin d'elle), mais celui-ci est secondaire à son érotomanie, il est épisodique et sert à justifier ses convictions érotomaniaques.

C'est également une mythomane, mais la mythomanie ne s'est manifestée que dans le sens de son délire et n'a aucun caractère extensif.

En somme, le cadre de l'érotomanie de de Clérambault insère notre cas, tandis que ceux de la mythomanie ou de la mégalomanie, tout en pouvant l'inclure, le débordent considérablement.

*Conclusions* : 1° L'observation que nous avons présentée nous semble réaliser une forme d'érotomanie pure, au sens de de Clérambault.

2° On y trouve un incident d'évolution, caractérisé par le changement soudain de l'objet aimé, en dehors des « épisodes sommaires et transitoires » classiques et qui s'étaient manifestés avant l'organisation du délire.

3° Enfin, les conditions de cette substitution de l'objet aimé incident à penser, comme divers auteurs, que l'érotomanie est à base de vanité.

M. GUIRAUD. — L'intéressante observation que nous venons d'entendre montre la profonde influence exercée sur notre génération par la pénétration clinique et psychologique du regretté G. de Clérambault. Elle mérite de s'ajouter aux deux remarquables thèses de Ferdière et de Fréret. Mais il est bien difficile, à l'heure actuelle, de s'entendre sur ce que l'on peut appeler « érotomanie pure ». Si l'on veut dire par là que toute la psychose a pour trouble générateur le sentiment amour ou plus exactement l'illusion d'être aimée sans participation d'autres éléments tels que sentiment de persécution, troubles hypochondriaques, élans mystiques, etc., il s'agit bien d'une érotomanie pure. Mais si les idées de de Clérambault ont entraîné l'adhésion générale pour sa description clinique, il n'en est pas de même pour la nosologie. Capgras, le premier, a montré que beaucoup d'érotomanies étaient des délires chroniques ou des démences précoces par la structure de leurs troubles psychiques. G. de Clérambault a tenu compte de ces objections et semble avoir appelé érotomanie pure les variétés uniquement passionnelles.

La malade actuelle me paraît être une délirante chronique avec intuitions et interprétations délirantes. Le fait de trouver dans les journaux des messages de son Objet, de croire que les photographies de l'Objet parues dans la presse lui sont destinées, que la flotte anglaise s'est présentée pour elle devant Alger, qu'elle a rendu de mystérieux services à la nation britannique, me paraissent entrer dans le domaine de la pensée déréelle des délires chroniques. Je crois bien que Minkowski en ferait une schizophrène et que l'école de la Clinique estimerait qu'il s'agit d'une structure paraphrénique. Par là, cette malade s'oppose aux érotomanes purement passionnelles qui choisissent un objet moins élevé, ne perdent jamais l'espoir de l'unir définitivement à elles, et enfin en arrivent à l'hostilité et à la haine, surtout si elles ont le caractère revendicateur et impulsif. Elles

n'ont pas, en général, de postulat typique et ne font ni intuition ni interprétation véritablement délirantes.

En réalité, nous nous trouvons en présence de deux tendances nosographiques également intéressantes et non contradictoires. On peut, comme G. de Clérambault, étudier la forme pathologique d'un état instinctivo-affectif. Tel fut le besoin d'amour, dans ses variétés passionnelles pures et délirantes. On peut, d'autre part, décrire, sous le nom de structure paranoïaques, paraphréniques, schizophréniques, etc., les modifications pathologiques de la pensée qui peuvent être le résultat du développement pathologique des diverses tendances instinctivo-affectives : sentiment de maladie, de persécution, besoin d'être aimé, jalousie, etc.

M. HESNARD. — Je suis tout à fait de l'avis de M. Guiraud, les interprétations extravagantes et sans le moindre fondement que cette femme donne à des articles de journaux, à des manifestations militaires sont d'une toute autre nature que les interprétations purement passionnelles de l'érotomane pure qui se maintiennent dans le domaine de la vraisemblance.

Après deux autres médecins militaires, j'ai été, pendant 7 ans, l'objet du délire d'une érotomane purement passionnelle. Et j'ai dû subir toutes ses persécutions, aggravées du fait que l'érotomanie s'accompagnait chez elle de malignité. Elle ne fondait la réalité de notre amour que sur nos conduites personnelles et non sur des faits qui leur étaient manifestement étrangers.

M. LÔO. — 1° L'interprétation seule explique la vigilance continuelle de l'objet, la protection continuelle de l'objet, les conversations indirectes de l'objet.

Toute érotomanie postule une interprétation, si les éléments ne sont pas interprétés, mais réels, il s'agit alors d'un cas d'amour partagé.

2° Ici, la mégalomanie est épisodique et sert seulement à justifier les convictions érotomaniaques, de même que la mythomanie qui n'a aucun caractère extensif.

La séance est levée à 18 heures 10.

*Les Secrétaires des séances :*

Paul CARRETTE et Jacques VIÉ.

# SOCIÉTÉS

---

## Société de Neurologie de Paris

---

Séance du jeudi 30 mars 1939

---

Présidence : M. MONNIER-VINARD, président

---

### Chorée prolongée, par M. BABONNEIX.

L'auteur présente un jeune homme de 18 ans chez lequel la chorée, installée vers 11 ans, n'a jamais complètement cessé. Rien n'autorise à penser à une chorée de Huntington, mais, si l'on prend en considération le caractère évolutif de cette chorée, comme la salivation qui accompagne les poussées aiguës, on peut se demander s'il ne s'agit pas de chorée encéphalitique.

#### Discussion

M. BARRÉ a été frappé de la fréquence des chorées dans lesquelles, après une guérison apparente, persistent de petits mouvements, des troubles de l'écriture. Certaines chorées apparaissant au voisinage de la puberté, et sans fièvre, sans lésion cardiaque, sont peut-être la conséquence de la congestion cérébrale de cette époque.

M. KREBS n'est pas de cet avis en ce qui concerne la lésion cardiaque.

M. HEUYER partage les opinions de M. Barré. Il serait intéressant de savoir si le sujet a présenté les troubles du caractère et de l'intelligence fréquents dans les chorées prolongées : instabilité mentale et physique, turbulence, troubles du caractère à type de perversions dans les formes encéphaliques.

M. TOURNAY insiste sur la variabilité d'intensité des troubles chez le même sujet.

M. André THOMAS suggère que la salivation et la gêne de l'écriture, qui coïncident, sont peut-être dues toutes deux à l'émotivité, causée, elle, par la chorée.



M. GARÇIN fait remarquer l'intérêt de ces chorées persistantes, en raison du problème de leurs rapports avec les chorées aiguës et chroniques.

M. BABONNEIX répond que le sujet présente effectivement des troubles importants du caractère.

#### **Torticolis spasmodique, par M. KREBS**

Une malade, atteinte d'un torticolis spasmodique, a été guérie par des injections intraveineuses d'iodure de sodium, associée à la méthode de Roemer. L'auteur a observé plusieurs résultats favorables par ce mode de traitement dans les torticolis et autres phénomènes s'en rapprochant (crampe des écrivains). Il ne semble pas s'agir de coïncidence, et ce traitement doit être tenté quand il n'est pas contre-indiqué.

#### *Discussion*

M. BABONNEIX fait remarquer qu'il s'agit d'une notion précieuse pour la thérapeutique si pauvre de ces états.

M. ANDRÉ-THOMAS observe que la guérison de la malade présentée est loin d'être complète. Sous anesthésie profonde, on n'obtient pas toujours la résolution musculaire.

#### **Méningiome intraventriculaire, par MM. CHRISTOPHE et DAVID**

La malade présentait d'abord des céphalées violentes ; une ponction lombaire pratiquée, montra une réaction lymphocytaire associée à de l'hypertension intra-cranienne, une ventriculographie l'existence d'une tumeur intra-ventriculaire gauche. Dans les heures qui suivirent l'intervention, la malade ne présentait aucun signe aphasique, apraxique ou hémianopsique, mais ceux-ci apparurent au bout de quelques heures pour régresser en une quinzaine de jours, ce qui rend probable le rôle de l'œdème post-opératoire. Ces tumeurs, dont 19 cas seulement sont connus, affectent presque toujours cette localisation, ce qui présente un intérêt doctrinal, certains pensant, à cause du voisinage de la fente de Bichat, à l'origine aux dépens d'une invagination anormale de la méninge. La symptomatologie en est remarquablement fixe, permettant de décrire un véritable syndrome.

#### **Spasme clonique localisé aux muscles innervés par le sciatique poplité externe et calmé par le réchauffement, par M. SOUSQUES.**

L'auteur rapporte une observation de spasme clonique aux muscles innervés par le sciatique poplité externe. Chaque accès spasmodique dure une à deux heures, et se compose d'un grand nombre de paroxysmes qui durent chacun quelques secondes ; le pied se fléchit alors sur la jambe, tantôt directement, tantôt en abduction ou adduction. Il n'y a généralement atteinte que d'une seule jambe. Le malade a, par ailleurs, des crises de prurit essentiel limitées au territoire cutané du sciatique poplité externe. Crises prurigineuses et spasmes cloniques cèdent temporairement par l'immersion dans l'eau très chaude.

#### *Discussion*

M. A. CHARPENTIER désire savoir si les oscillations artérielles étaient d'amplitude normale.

M. SOUSQUES n'a pas constaté de modifications importantes.

**Amyotrophie familiale (Présentation de malades), par**  
M. HEUYER et M<sup>me</sup> LECONTE.

Deux enfants, deux frères, sont atteints de la même affection, qui a suivi une marche analogue pour tous deux. Agés respectivement de 6 ans 1/2 et 4 ans 1/2, ils ont présenté un retard du développement psycho-moteur, n'ont pu se tenir debout qu'à 17 mois. L'un d'eux a pu faire quelques pas seul, l'autre non. Pour tous deux s'est produit ensuite une régression de la force musculaire. Actuellement, ils présentent une paralysie flasque avec diminution de la force musculaire, hypotonie, atrophie musculaire, diminution purement quantitative des réactions électriques. Tous deux présentent un signe de Babinski bilatéral. L'atteinte du tronc, des membres supérieurs est moindre, mais manifeste. La face est intacte ; il y a arriération intellectuelle chez tous deux. Les frère et sœur présentent des stigmates dystrophiques. Cette affection se rapproche par certains côtés de la maladie de Werdnigg-Hoffman, mais s'en différencie absolument par l'existence de la lésion pyramidale et encéphalique, qui semble l'apparenter plutôt aux myélopathies ; l'affection semble constituer un trait d'union entre les deux maladies. Nous n'avons trouvé aucune description identique de la maladie.

*Discussion*

M. André THOMAS pense que le diagnostic de Maladie de Werdnigg-Hoffman ne semble pas devoir être accepté ; l'amyotrophie y prédomine d'ailleurs à la racine du membre. M. Mollaret ne pense pas non plus qu'il s'agisse d'une maladie de Werdnigg-Hoffman, mais fait remarquer la difficulté qu'il y a à classer ces sortes d'affections, étant donné le petit nombre de cas décrits.

**Névralgie du trijumeau par angiome sphénoïdal, par**  
MM. CL. VINCENT et BRÉGEAT.

La névralgie fut atypique par la succession des localisations sur les territoires du maxillaire supérieur, inférieur, ophtalmique enfin. La radiographie ayant montré une selle turcique anormale, une opération (par voie temporale) montra un angiome sphénoïdal inextirpable en raison de l'étendue et de la difficulté d'hémostase de telles tumeurs.

*Discussion*

M. ALAJOUANINE demande s'il persistait des troubles de la sensibilité objective sur les territoires abandonnés par la douleur.

M. Clovis VINCENT répond par la négative.

**Fausses amputations du troisième ventricule, par**  
MM. Clovis VINCENT et LE BEAU.

La ventriculographie n'est pas toujours facile à interpréter, et la discrimination délicate, en cas d'image anormale, entre tumeur pinéale ou cérébelleuse antérieure.

Quand la tumeur est pinéale, la partie antérieure du ventricule est normale ; quand elle est cérébelleuse, le 3<sup>e</sup> ventricule est refoulé en avant, les récessus sont conservés.

**Réactions otolytiques chez un sujet atteint de  
lésions vestibulaires, par M. BARRÉ.**

Un sujet de 19 ans ressent depuis deux ans, à la marche, une sensation de malaise avec angoisse extrême. De plus en plus fréquentes et de plus en plus fortes, ces crises confinent le malade chez lui. Cliniquement, les troubles vestibulaires sont minimes, mais les épreuves spéciales prouvent l'atteinte vestibulaire. Au cours de l'épreuve des bras tendus, on constate, dans ces états, la pronation d'une main.

*Discussion*

M. LHERMITTE désire savoir si le malade, au cours de sa crise angoissante, présente des troubles vaso-moteurs.

M. A. CHARPENTIER demande s'il a été fait une ponction lombaire, cette ponction lombaire qu'il déplore être peu employée dans les vertiges vestibulaires, bien qu'elle amène la guérison dans 80 % des cas.

M. BARRÉ répond que le malade avait effectivement des troubles vaso-moteurs et un déséquilibre vago-sympathique. Quant à la ponction lombaire, il ne l'a pas tentée, son sujet n'ayant jamais présenté de vertiges.

**Hypertrophie musculaire généralisée chez un  
nourrisson, par M. MOLLARET.**

L'auteur a traité par l'extrait thyroïdien cet enfant, présenté il y a quelques mois. Le traitement s'est révélé à peu près inefficace. Il faut dans ces états distinguer trois groupes de faits ; les déficits thyroïdiens incontestables, les hypertrophies musculaires avec troubles intellectuels et pyramidaux ; certains cas qui, à la naissance, sont confondus avec une maladie de Thomsen, et qui guérissent par le traitement thyroïdien.

**Une quadriplégie d'origine saturnine s'accompagnant de paralysie  
laryngée, MM. ALAJOUANINE, AUBRY, THUREL et M<sup>lle</sup> VOGT.**

Après ingestion d'extrait de Saturne, dans un but abortif, une femme présente une anémie intense, des crises de dyspnée par paralysie du diaphragme, de l'aphonie par diplégie laryngée. L'atteinte des adducteurs fut plus importante que celle des abducteurs. Malgré l'intensité des paralysies des membres, existe une intégrité du long supinateur. Il existe une tumeur osseuse du carpe.

**Macrogénitosomie précoce observée au cours d'un syndrome  
de Forster, par M. GARCIN.**

L'enfant, actuellement âgée de 7 ans 1/2, a eu un développement normal jusqu'à l'âge de 9 mois. Puis commença à apparaître une encéphalopathie à type de maladie de Forster. Sans avoir aucun signe de tumeur cérébrale, l'enfant a actuellement un développement des poils pubiens et axillaires de type adulte. Cependant, elle n'est pas réglée. L'auteur fait remarquer que la plupart des cas de macrogénitosomie précoce concernent des garçons.

**Séquelles nerveuses de blessures cranio-faciales** (présentation de deux malades), par MM. LAIGNEL-LAVASTINE, GALLOT et PAUGAM.

Les auteurs présentent deux traumatismes cranio-faciaux par balle. Ils insistent sur la bénignité relative, malgré le trajet extraordinaire du projectile, et sur certains troubles nerveux, particulièrement précis, séquelles de ces traumatismes.

**Paralysie radiale d'origine corticale,**  
par M. BERGERET.

Le malade a été atteint, au Gabon, d'une paralysie radiale associée à de petits troubles corticaux (difficulté de la parole), à des signes pyramidaux discrets. Guérison en cinq ans. L'auteur insiste sur l'intérêt médico-légal de ces sortes de cas, en face desquels il faut pratiquer un examen électrique.

M. LECONTE.

---

## Société de Médecine mentale de Belgique

---

*Séance du 25 mars 1939*

---

**Présidence : M. E. DE GREEFF, président**

---

**A propos de psychanalyse, par M. J. De BUSSCHER.**

L'auteur relate deux cas qui viennent à l'appui de la thèse d'après laquelle les tendances homo-sexuelles joueraient un rôle important dans la genèse de la paraphrénie. Les tentatives de rejet d'une pulsion homo-érotique seraient l'origine de beaucoup de délires paranoïdes. Le délire de grandeur serait un processus de narcissisme secondaire. Le fait que peu de paranoïaques sont consciemment invertis confirme cette opinion. L'auteur envisage l'importance de ces problèmes, à la fois au point de vue théorique et au point de vue de la défense sociale.

**Les médiateurs chimiques, par M. Z. BACQ.**

Dans une brillante conférence, le Professeur Bacq expose l'état actuel des idées au sujet du rôle des médiateurs chimiques dans les mécanismes de la transmission nerveuse. Il est bien démontré actuellement qu'un nerf excité libère près de la cellule des substances qui agissent sur elle, et qu'il

existe des nerfs adrénergiques et des nerfs cholinergiques. Ces derniers peuvent être à fonctionnement lent ou à fonctionnement rapide.

La rapidité et la brièveté de ces réactions, qui semblent à première vue inconciliables avec l'idée d'une action chimique, s'expliquent par la destruction immédiate de l'acétylcholine libérée, par la cholinestérase. Celle-ci se rencontre en grande quantité près des plaques motrices. Son action est inhibée par l'ésérine, qui renforce donc l'action du nerf.

Il n'est pas encore démontré que ces faits, établis par l'étude des réactions nerveuses périphériques, soient applicables au système nerveux central, mais divers arguments permettent de croire qu'il en est bien ainsi : l'abondance de l'acétylcholine dans la substance grise et surtout dans les noyaux de la base, la présence de cholinestérase dans le système nerveux central, le passage d'acétylcholine dans le liquide céphalo-rachidien sous l'influence des excitations sensitives chez l'animal ésériné, et d'autres faits encore, rendent très probable l'hypothèse de l'intervention d'un mécanisme cholinergique dans le fonctionnement du système nerveux central.

J. LEY.

---

## Groupement Belge d'Etudes Oto-Neuro-Ophtalmologiques et Neuro-Chirurgicales

---

*Séance du 25 mars 1939*

---

**Présidence : M. CHEVAL**

---

**Myoclonies du voile et du larynx chez un sujet jeune en dehors de toute affection vasculaire, avec signes névropathiques, par M. RADERMECKER.**

Présentation d'un jeune soldat qui s'est plaint, après une appendicectomie, de sensations de secousses dans l'abdomen, puis la poitrine et enfin la gorge. Il s'agit d'un névropathe instable, petit anxieux. Il présente actuellement des myoclonies permanentes du voile, dont les oscillations ont été enregistrées graphiquement et se produisent au rythme absolument régulier de cinq secousses à la seconde. Les examens somatique et neurologique sont entièrement négatifs, mais le liquide céphalo-rachidien présente une dissociation albumino-cytologique.

L'auteur insiste sur le caractère régulier du rythme et discute l'étiologie probable du cas.



### Syndrome hypophysaire (présentation de malade), par M. P. MARTIN.

M. P. Martin présente un homme de 39 ans qui présente un syndrome hypophysaire fait d'infantilisme avec atrophie génitale et de gigantisme. L'auteur communique l'histoire clinique et les radiographies.

### Oligodendrogliome du lobe frontal droit opéré (présentation de malade), par M. P. MARTIN.

Présentation d'une femme opérée récemment pour oligodendrogliome du lobe frontal droit et chez laquelle l'épilepsie généralisée était depuis plusieurs années l'unique symptôme de la tumeur.

### A propos d'un cas d'hématome cérébral non traumatique opéré et guéri. Evolution ultérieure : glioblastome hétéromorphe, par MM. L. LARUELLE et L. MASSION-VERNIORY.

Les auteurs communiquent les résultats de l'autopsie d'un malade qu'ils ont présenté il y a un an comme hématome intracérébral spontané, par fragilité vasculaire, l'intervention n'ayant fait découvrir aucune lésion. Six mois plus tard, le sujet apparemment guéri fit une récurrence et fut reconnu atteint d'un glioblastome hétéromorphe. Il s'agissait donc d'une hémorragie intra-tumorale.

### Traumatisme crânien et tumeur cérébrale, par MM. L. LARUELLE et L. MASSION-VERNIORY.

A la suite d'une tentative de suicide par balle de revolver ayant traversé les lobes frontaux de part en part, et alors que le malade paraissait guéri depuis quatre ans, on vit s'installer en quelques mois des troubles psychiques et une hémiparésie gauche. L'opération fit découvrir un glioblastome, et le malade mourut après six jours, en hyperthermie.

Les auteurs estiment que le rapport de cause à effet entre le traumatisme et la tumeur est ici très vraisemblable.

### Coexistence de lésions anciennes traumatiques frontales temporales et d'un méningiome parasagittal, par MM. P. MARTIN et L. Van BOGAERT.

La notion d'un traumatisme dans l'anamnèse des méningiomes se retrouverait dans un tiers des cas, d'après Cushing.

Les auteurs rapportent l'observation anatomo-clinique d'un malade dont l'affection débuta brusquement par des crises épileptiques jacksoniennes et de l'aphasie. Il était porteur d'un méningiome parasagittal gros comme une orange.

L'anamnèse révéla un traumatisme crânien grave datant de plus de vingt ans, et à l'examen du cerveau on trouva en effet une atrophie des circonvolutions aux points d'élection : face inférieure des lobes frontaux et pointe des lobes temporaux. Le temps de latence énorme, sans aucun signe, et la localisation de la tumeur ne permettent pas de voir un rapport entre celle-ci et le traumatisme ancien.

J. LEY.

## ANALYSES

---

### LIVRES, THÈSES, BROCHURES

---

#### NEURO-PSYCHIATRIE

**Hérédité et épilepsies**, par le Dr L. MARCHAND, Médecin honoraire des Hôpitaux psychiatriques de la Seine, Chef du laboratoire d'anatomie pathologique à l'Hôpital Henri Rousselle, Expert près les Tribunaux de la Seine (1 vol., in-8°, 125 pages, in « Collection Esquirol », Edition de la « Nouvelle Revue Critique », Paris, 1938).

De tous temps objet de nombreux travaux, le rôle de l'hérédité dans l'épilepsie voit encore augmenter son intérêt par les mesures légales d'eugénique proposées ou pratiquées actuellement. Les progrès des diverses méthodes d'investigation tendent à restreindre de plus en plus le domaine de l'épilepsie dite « essentielle ». Après s'être attaché à préciser la fréquence du syndrome épileptique par rapport à la population moyenne, M. Marchand recherche l'hérédité similaire, l'hérédité névropsychopathique, l'hérédité tuberculeuse, dans la descendance, l'ascendance des épileptiques, ainsi que dans la consanguinité, chez les collatéraux et dans l'ensemble familial. Il étudie successivement l'épilepsie chez les jumeaux, le rôle de l'hérédo-syphilis et de l'hérédo-alcoolisme, les causes intra-utérines de l'épilepsie, conclut qu'il n'y a pas de maladie épileptique familiale et résume les arguments qu'on peut opposer à l'hérédité de l'épilepsie.

Les accidents épileptiques sont des syndromes anatomo-cliniques qui peuvent survenir au cours de toutes les altérations ou malformations de l'encéphale. Pour M. Marchand, les tableaux généalogiques présentés comme les plus démonstratifs de l'importance de l'hérédité du syndrome épileptique, manquent de précision et ne tiennent pas compte des facteurs extérieurs qui ont pu agir sur les cellules germinales de certains des membres. Il existe cependant un terrain épileptogène représentant la capacité de l'encéphale de répondre à certains stimuli par des accidents comitiaux. Mais ce terrain, dû peut-être à des causes héréditaires qui influencent les gamètes avant la procréation, est « organique » : « on ne saurait donc parler de constitution épileptique ». L'épilepsie n'est pas transmissible de génération en génération. Plus qu'une simple hérédité ancestrale, il faut incriminer les agents qui créent les blastotoxies entraînant des anomalies phénotypiques et non

génomiques. Tout sujet épileptique présente un terrain organique résultant soit de tares héréditaires pathologiques, soit de modifications cérébrales acquises pendant la vie intra-utérine ou après la naissance.

De ces conclusions générales, l'auteur déduit que la stérilisation, basée sur le pronostic d'expectation empirique de l'épilepsie, ne peut donner que des résultats insignifiants. Il estime impossible de reconnaître, avant qu'ils procréent, les sujets porteurs de virtualités morbides héréditaires susceptibles de se traduire plus tard par des accidents épileptiques.

La lutte contre l'épilepsie doit donc être préventive. Il faut d'abord s'attaquer aux deux plus grands fléaux qui compromettent la vitalité des cellules germinales, syphilis et alcoolisme. Il faut protéger la future mère contre tous les facteurs qui peuvent contribuer au mauvais développement de l'embryon et du fœtus, éviter les traumatismes obstétricaux. Il faut, enfin, mettre l'enfant dans les meilleures conditions d'hygiène pour lui permettre d'éviter les maladies infectieuses et leurs complications cérébrales.

Basé sur une longue expérience, ce livre de M. Marchand est une importante contribution à l'étude étiologique d'un des syndromes qui préoccupent le plus tous ceux qui s'intéressent à l'eugénique, à l'hygiène du système nerveux et à la prophylaxie des troubles de l'esprit.

René CHARPENTIER.

**Les vertus abusives**, par le Dr A. POROT, Professeur à la Faculté de Médecine d'Alger (Discours prononcé à la Séance solennelle de rentrée des Facultés d'Alger, le 12 novembre 1938. 1 brochure in-8°, 20 pages. Imprimerie Jules Carbonel, Alger, 1938).

Comparant les vertus abusives à des richesses mal acquises ou mal employées, le professeur A. Porot passe en revue dans ce discours les « viciations » de la « pratique des vertus » : hypocrites; faux-vertueux, misanthropes paranoïaques, simples d'esprit, psychopathes présentant de l'altruisme morbide, exagérations et abus de certains zoophiles et antivivisectionnistes, de certaines tyrannies affectives, des « idéalistes passionnés », régicides, utopistes, réformateurs, etc. Rempli de faits, d'exemples cliniques, de citations, cet intéressant exposé fut bien fait pour montrer à un public non spécialisé la légitimité de l'intervention du psychiatre dans des domaines où elle pourrait également paraître « abusive » à certains. « L'âme humaine, dit M. Porot, est si complexe, elle est faite souvent de tendances si contradictoires, ses meilleurs élans peuvent être soumis parfois à des exaltations si dangereuses ou à des influences réductrices si impérieuses, que l'harmonie peut en être rompue, et que, dans le domaine pratique, son activité bienfaisante peut subir quelques gauchissements, s'engager dans de fausses orientations, et aboutir à des conséquences fâcheuses dont sont victimes le sujet lui-même ou son entourage. »

R. C.

**Précis de neuro-psychiatrie infantile**, par le Dr Gilbert ROBIN. 1 vol. in-8°, 312 pages. G. Doin et C<sup>e</sup>, éditeurs, Paris, 1939.

Le problème de l'enfance anormale est, entre tous les problèmes sociaux, l'un des plus sérieux de l'heure présente. Chaque titre de chapitre évoque une question de congrès, un article scientifique, une campagne de journaux.

Or, si la plupart des questions médicales font l'objet d'études périodiques, remises constamment au point, la psychiatrie infantile nous offrait peu d'ouvrages complets capables de satisfaire le médecin et l'éducateur.

A la vérité, il faut faire au sujet de l'excellent précis de M. Robin une remarque préliminaire. On conçoit que l'auteur s'attaque au problème de la pathologie mentale infantile. Il le connaît bien. Depuis plusieurs années, il publie régulièrement sur ce sujet des volumes d'une lecture aisée et d'une actualité indiscutable. Le titre du précis « Neuro-psychiatrie infantile » nous annonce davantage. Cependant, il n'y a pas dans le volume de chapitre de neurologie. Toutes les encéphalopathies sont passées en revue sous le titre suivant : « troubles du rendement intellectuel », avec quelques pages pour la présentation mentale des variétés d'idiotie et d'arriération, des syndromes localisés, des syndromes endocriniens et des états démentiels. M. Robin entend que « le but de la neuro-psychiatrie infantile consiste à dépister, à classer, à traiter les anomalies intellectuelles et caractérielles de l'enfant ».

Du point de vue didactique, le précis de M. Robin est ingénieusement présenté. D'abord une étude des types morbides : émotifs, instables, schizoïdes, pervers, etc., avec des notations originales sur les retardés affectifs, les faux paranoïaques, les enfants pervers et mal élevés notamment. Puis après les névroses et les états d'affaiblissement psychique, une séméiologie étendue avec d'abondants aperçus cliniques sur les muets, les coléreux, les menteurs, les fugeurs, les voleurs, les boudeurs, les onychophages, les énurésiques, les anxieux, les boulimiques et les anorexiques, sur les suicides d'enfants et les troubles du regard.

La dernière partie du livre, consacrée à l'assistance, au traitement et à la prophylaxie est surtout documentaire. Elle renferme de nombreuses indications pratiques sur l'éducation et le placement des arriérés, des malades et des anormaux.

P. CARRETTE.

**Pellagre** (Pelagra), par Diogo FURTADO. 1 vol., in-8°, 284 pages. *Imprensa Médica*, Lisbonne, 1938.

Contribution à l'étude des manifestations nerveuses et mentales de la pellagre basée sur un nombre imposant de faits cliniques et expérimentaux. Ce travail renferme des illustrations suggestives, des tableaux, beaucoup d'observations complètes, des expériences bien conduites et une bibliographie étendue.

L'auteur attribue la pellagre à une avitaminose. Le facteur spécifique anti-pellagreux serait voisin du groupe B<sup>2</sup>, très proche du groupe des flavines, pigments respiratoires à fonctions vitaminiques de Kuhn et Warburg. M. Furtado réfute les étiologies infectieuses et toxiques exogènes. Les troubles neuro-psychiques découleraient des perturbations physiologiques de l'avitaminose. L'érythème serait secondaire. Il proviendrait d'un défaut de la fonction photo-protectrice, exaspéré par l'irradiation solaire.

A côté de la pellagre par défaut d'apport vitaminique il existe une forme liée à des lésions gastriques, fréquente chez les alcooliques. Les altérations de la muqueuse gastrique ont été reproduites expérimentalement ; l'infiltration, l'exfoliation muqueuse conduisent à une achylie grave. Les lésions médullaires prédominent dans les cordons. Les scléroses combinées répondent aux formes spasmodique et ataxique. Les névrites constituent le pro-

longement de ces lésions de même les localisations diencéphaliques qui produisent les formes tétaniques, les types de rigidité proche de la catatonie.

Les atteintes graves se traduisent par une neurasthénie avec tendances au suicide, confusion et délire ; parfois on observe des états maniaques ou d'allure schizophrénique. Les formes lentes de pellagre peuvent également provoquer des déchéances intellectuelles ou la pellagre apparaît chez les aliénés chroniques atteints de gastrite achylique.

P. CARRETTE.

**Contribution à l'étude de la pellagre**, par Maurice DEPRECCQ. 1 brochure in-8°, 132 pages, Delmas, éditeur. Thèse, Bordeaux 1938.

Ce travail, réalisé sous l'égide des professeurs Abadie et Petges, intéresse tout particulièrement le neurologue : dans les onze observations inédites recueillies par l'auteur, les troubles du système nerveux étaient évidents : au point de vue psychique, on note surtout des manifestations de la série dépressive : asthénie intellectuelle, inertie, hyper-émotivité ; parfois bouffées confusionnelles, oniriques, contemporaines de l'éruption érythémateuse ; au point de vue neurologique, si les troubles sensitifs évoquent la polynévrite, il faut admettre le plus souvent une atteinte centrale : habituellement, sclérose médullaire de type variable, exceptionnellement atteinte striée. L'examen anatomo-pathologique pratiqué dans un cas n'a montré que des altérations des cellules neuro-ganglionnaires des cornes antérieures de la moelle et des noyaux bulbaires, sans dégénération myélinique. Les explorations neuro-végétatives, la recherche de certains troubles métaboliques tels que la porphyrinurie ne retiennent guère l'attention de l'auteur.

L'étiologie générale de la pellagre semble pouvoir se ramener à l'absence conjuguée de deux facteurs : l'un externe d'insuffisance alimentaire, l'autre interne, d'insuffisance d'assimilation hépatique et gastrique d'où, pour l'organisme, insuffisance de certains acides aminés (tryptophane) et insuffisance plurivitaminique. Le premier facteur est dû à la misère des malades, à leur état psychique ; le deuxième est très souvent d'origine toxique (tous les malades observés étaient des éthyliques avérés) ou bien s'explique par la lassitude qu'entraîne une alimentation monomorphe.

Ces facteurs complexes, et encore mystérieux, créent seulement un état pré-pellagreux sur lequel des causes adjuvantes (soleil printanier) jouent le rôle de révélateurs.

BERGOUIGNAN.

**Le persécuté muet**, par Paul LAMBERT (1 vol. in-12, 222 pages, aux éditions Denoël, Paris 1938).

Ce livre est consacré à la présentation, par un littérateur, de quelques types d'aliénés. Sous forme de tableaux détachés, l'auteur décrit, non sans quelques interprétations personnelles, des psychopathes directement observés dans des établissements hospitaliers, des colonies familiales ou des annexes de prisons. Contrairement au contenu de tant d'œuvres d'imagination, dans lesquelles s'étale un tableau conventionnel de la « folie », on trouve ici une étude consciencieuse d'observation directe. C'est à ce titre qu'elle intéressera le psychiatre, plus que par certains développements romancés et allégoriques comme ceux du chapitre qui donne le titre au



volume entier. Citons cette définition : « Des fous ? J'ai vécu chez eux, « parmi eux, comme tant d'autres observateurs l'ont fait avant moi. Je « n'y ai rencontré que l'Homme lui-même, dont les tics, les manies, les « travers apparaissent grossis, amplifiés, boursoufflés par le fait d'une « rupture d'équilibre, d'un désaccordage, d'une séparation accidentelle, « temporaire ou permanente, provisoire ou définitive, parfois comme sac- « cadée, entre le conscient et l'inconscient. L'un ne contrôle plus l'autre ou « ne le contrôle plus constamment. Elle paraît bien être la Folie. » Cet ouvrage, d'un observateur assurément instruit des courants psychiatriques contemporains, présente, en un style agréable, d'intéressantes et pittoresques observations.

R. C.

**Les métapsychoses, la métapsychorragie, la télépathie, la hantise,**  
1<sup>er</sup> volume, par le Dr Thomas BRET (Un vol in-8°, 312 pages. J.-B. Baillière et Fils, édit. Paris 1938).

Ce premier volume est consacré à l'Introduction et à la métapsychorragie fantasmale. En réponse à « *l'Homme, cet inconnu* », du Dr Carrel, M. Bret déclare que ce qui est inconnu dans l'homme ou plutôt méconnu par la science officielle, c'est le métapsychisme, l'élément supranormal de l'homme et des animaux humanisés. Il donne des définitions des métapsychoses, troubles ou maladies du métapsychisme. Ces troubles se composent : 1° de la métapsychose à effets internes, le *nosomimétisme*, mimétisme, imitation inconsciente des syndromes et des lésions, qu'il sépare, de la vraie hystérie, constituée par la seule convulsion réflexe ; 2° des trois métapsychoses à effets extérieurs dans les modalités ou fantasmale ou métacinétique (mouvements et bruits).

La métapsychorragie est l'émission inconsciente presque toujours fréquente du métapsychisme autour du médium. La métapsychorragie fantasmale, moins fréquente que la métacinétique, consiste d'abord dans la diplosie, émission du double, visible ou invisible, sans le moi ou avec le moi. Dans la diplosie sans le moi sont étudiés, le double précurseur ou de la préarrivée et le double prémonitoire. Pour Sollier et Féré, quand le double est perçu par le diplosé seul, c'est un pseudo-fantasme *spéculaire*. M. Bret s'élève contre l'opinion des spirites, qui voient dans la diplosie avec le moi une preuve de survie. Il expose également la métapsychorragie du fantasme visible par tous d'une autre personne ou d'un animal.

On trouve dans ce premier volume l'histoire de la fantasmologie, science des fantasmes et de nombreuses observations de faits interprétés par le fondateur de la métapsychanalyse.

L. R.

## MÉDECINE LÉGALE

**Cours d'anthropologie criminelle**, par le Dr Louis VERVAECK, Directeur-Général honoraire du Service d'anthropologie pénitentiaire (1 brochure, 110 pages, Imp. typo. de l'Institut cartographique militaire, Bruxelles 1939).

Cette très intéressante brochure renferme le plan du Cours d'Anthropologie Criminelle professé par le Dr Louis Vervaeck à l'Ecole de Criminologie et de

Police scientifique du Palais de Justice de Bruxelles (Directeur : Général R. Deguent). L'expérience du Dr Louis Vervaeck en cette science trop longtemps méconnue a condensé ici les notions essentielles pour juger et traiter avec équité et humanité les délinquants, essentielles aussi à la prévention de la criminalité. N'est-ce pas vers l'organisation d'une prophylaxie méthodique, en particulier de la prophylaxie de la délinquance juvénile, que doit s'orienter la lutte moderne contre les délits et les crimes.

M. Louis Vervaeck étudie successivement : 1° dans une partie historique, les théories de la criminalité ; 2° les origines et les facteurs biologiques de la délinquance (hérédité, rôle des conditions physiologiques et pathologiques de la procréation, de la vie intra-utérine et du développement organique) ; 3° les conditions sociales criminogènes (conditions physico-chimiques et anthropologiques du milieu, causes économiques et sociales) ; 4° les caractères biologiques, constitutionnels, anthropologiques, médicaux, des délinquants et des criminels ; 5° la prophylaxie et les modes de traitement moderne de la délinquance et de la criminologie adaptés aux trois variétés principales : criminalité d'ordre moral, criminalité d'origine sociale et criminalité morbide, ainsi qu'aux récidivistes incorrigibles dont le reclassement doit être également tenté, périodiquement, l'âge où d'autres facteurs peuvent les rendre, à un moment donné, réadaptables à la vie commune.

En conclusion de son enseignement, M. Louis Vervaeck déclare, avec l'autorité qui s'attache à son œuvre et à ses réalisations, que la lutte contre la criminalité ne sera efficace qu'à condition de l'envisager sous ses trois aspects : a) la prophylaxie criminelle et la défense sociale ; b) l'individualisation du traitement pénitentiaire, basée sur l'étude anthropologique des condamnés ; c) le patronage post-pénitentiaire. Intimement lié à la lutte contre le vagabondage, les toxicomanies, l'immoralité, les névroses et les démences, ce problème peut se ramener, en dernière analyse, à la lutte contre les dégénérescences qui sont si fréquemment à l'origine de la délinquance et expliquent souvent son incurabilité.

René CHARPENTIER.

**L'orientation professionnelle au Centre d'examens médico-psychiques et d'orientation professionnelle des mineurs délinquants de Lille**, par M. Raymond LALLAU, Directeur de l'Office municipal d'Orientation professionnelle de Lille et de l'Office départemental d'Orientation professionnelle du Nord, *Préface* de M. le Professeur LECLERQ, Directeur de l'Institut de médecine légale et sociale de Lille (1 brochure, in-8°, 32 pages, Publication de l'Office départemental d'Orientation Professionnelle du Nord, Lille 1938).

On trouvera dans cette utile brochure la description de l'organisation, des méthodes d'examen et de réintégration sociale employées au « Centre d'examens médico-psychiques et d'orientation professionnelle des mineurs délinquants » qui fonctionne à Lille, depuis plusieurs années, avec la collaboration de M. R. Lallau, du Dr Müller et du Dr Vullien.

Les modèles des fiches employées (dossier et enquête sociale, fiche médicale, fiche d'examen mental, fiche d'examen psychotechnique, et des appareils utilisés, sont suivis de l'exposé des résultats obtenus après 18 mois de fonctionnement et examen de 166 enfants (138 garçons et 28 filles) et constituent des documents très intéressants à consulter.

R. C.

**Divorce et aliénation mentale**, par Pierre LÉCULIER et Roger GOT, médecins des hôpitaux psychiatriques, *Préface* du Professeur O. CROUZON, membre de l'Académie de Médecine (1 vol., in-8°, 152 pages, Librairie générale de Droit et Jurisprudence, Paris 1939).

Le livre de MM. Pierre Léculier et Roger Got est un intéressant et clair exposé d'une notion admise dans de nombreux Etats mais qui reste en France très controversée. Dans une première partie, documentaire, on trouvera l'histoire de la question : évolution de la législation en France, législation française actuelle, jurisprudence, projets de réforme, résumé des solutions admises par les législations étrangères dont les textes varient avec les conceptions religieuses ou sociales. Les auteurs consacrent un chapitre à l'analyse de la position prise sur cette importante question par le catholicisme, le protestantisme, la religion israélite et les législations musulmanes.

Dans une deuxième partie se trouvent réunis et discutés les arguments pour et contre le divorce pour aliénation mentale, ceux émis en particulier lors des discussions qui eurent lieu à la Société Médico-psychologique en 1882 et en 1910 et au Congrès des aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française (session de Blois, 1927). Les auteurs reconnaissent que, pour les catholiques, le mariage étant indissoluble, sa rupture ne saurait pas plus être envisagée pour cause d'aliénation mentale que pour toute autre raison. Mais, considérant que le divorce existe dans la législation française, ils font remarquer que l'addition de l'aliénation mentale aux causes légales de divorce ne provoquerait qu'une augmentation relativement insignifiante du nombre des divorces (en Suisse 2 pour 100). La plupart des juristes y sont cependant opposés.

MM. Pierre Léculier et Roger Got estiment que la pratique du divorce « malgré » aliénation mentale proposée par G. de Clérambault, présenterait de nombreux avantages sans donner prise à la plupart des arguments opposés au divorce des aliénés. Ce divorce serait fondé, juridiquement, non sur l'existence de la maladie, mais sur un tort réellement causé au conjoint demandeur. Il ne nécessiterait pas une importante modification de la législation. Le conjoint catholique pourrait demander la séparation de corps au lieu du divorce et les difficultés à prévoir seraient réglées par la jurisprudence. Telle est, en somme, la conclusion des auteurs.

En cas d'introduction dans la législation française du divorce pour aliénation mentale, ils recommandent l'adoption de conditions analogues à celles de la loi suisse, sans qu'aient à intervenir, ni la question de l'internement, ni surtout celle de l'incurabilité, et demandent que ce texte législatif spécial soit introduit dans le code, sous forme d'un mode spécial de dissolution du mariage ainsi que l'envisageait Trénel.

René CHARPENTIER.

**La psychiatrie dans la législation civile** (La Psiquiatria en la Legislacion civil), par Nerio ROJAS. 1 vol. in-8°, 222 pages, Valerio Abeledo, éditeur, Buenos-Aires, 1938.

Pour atteindre à une plus grande précision du style, Flaubert lisait tous les jours le Code Napoléon. Si le Professeur Nerio Rojas rappelle ce trait, c'est que le projet de législation nouvelle à l'étude en Argentine propose des

textes qui lui apparaissent semés d'embûches et capables, pour les matières qui intéressent le médecin-légiste et le psychiatre, de fournir de bons prétextes à des discussions stériles entre les juges, les avocats et les experts.

Dans son livre, le professeur Rojas envisage les points suivants : 1° *l'incapacité de fait*. La question de terminologie est capitale. L'usage d'expressions telles que : « état de perturbation mentale qui prive de discernement » ou la désignation pure et simple « d'aliénation » sont évidemment trop vagues.

2° *l'interdiction*. Parler d'un intervalle lucide « encore qu'il ne soit pas complet » est une innovation malheureuse. Elle se propose de désigner la « folie partielle », mais elle n'apporte aucun élément d'accord. Il y aurait intérêt à ne pas surcharger la loi. L'idée de demi-aliénation conduit à la semi-interdiction et permettra de compliquer indéfiniment les mesures à prendre pour les cas difficiles comme l'amoralité, l'alcoolisme, l'épilepsie, l'aphasie. L'auteur propose plutôt qu'une mesure d'interdiction partielle, de suspendre le jugement quand il y a un espoir de guérison ou d'amélioration et d'accorder un curateur provisoire. Il cite en exemple le Code civil autrichien.

La limitation de capacité des sourds-muets, basée sur l'impossibilité de se « faire entendre par l'écriture » est injuste. Il faudrait ajouter « ou par tout autre procédé » en tenant compte de la valeur intellectuelle réelle du sujet et de son aptitude à utiliser les moyens spéciaux d'éducation.

3° *le testament*. Ici, la définition des conditions mentales est secondaire si elle ne permet qu'un diagnostic rétrospectif. L'intervalle lucide doit être « certain et prolongé », mais le point capital est le testament lui-même. C'est sur le document et les circonstances de son établissement qu'il importe de porter un jugement. Le rôle du psychiatre est moins exclusif que dans les circonstances précédentes et il faut réserver une part importante au juge.

4° *le mariage et le divorce*. Les mesures prophylactiques sont avant tout à recommander. Elles doivent freiner le mariage, l'annulation comme le divorce. Les conditions imposées au divorce des aliénés seront notamment sévèrement stipulées et le minimum de trois ans de maladie chronique exigé.

Le Code civil et le Code pénal fourniraient la solution des problèmes posés sans qu'il fût nécessaire de recourir à des dispositifs nouveaux. Des difficultés locales d'application serviraient les partisans de l'anarchie actuelle. Cependant, M. Rojas défend la nécessité d'une loi sur les aliénés. Le psychopathe n'est pas un malade ordinaire. Il pose des questions de responsabilité individuelle et collective. Des lois qui ne conviennent qu'à lui seul doivent réglementer sa protection et sa nocivité, malgré que la Constitution fédérale argentine impose d'adapter les mesures légales aux divisions que des raisons politiques et géographiques justifient. Sans entrer dans le détail des variantes à étudier suivant les Etats, les principes généraux d'assistance demeurent, qui s'attachent au contrôle des établissements publics et privés, de l'aliéné en liberté dans la famille ou aux prises avec l'autorité judiciaire, de l'immigration dans ses rapports avec l'hygiène mentale, des organisations nouvelles pour le traitement et l'enseignement des incapables dont la Société assume la charge. La réglementation du Diplôme de Médecine légale et de Psychiatrie doit favoriser le recrutement des spécialistes auxquels incombera le soin de donner à la loi sa pleine efficacité.

P. CARRETTE.

**Le droit médical** (2<sup>e</sup> édition), par P. APPLETON, Professeur des Facultés de Droit, Avocat à la Cour de Paris et P. BOUDIN, Docteur en Médecine, Docteur en Droit (1 volume in-8°, 850 pages. Librairie du « Monde Médical », édit., Paris, 1938).

La deuxième édition de cet ouvrage répond à l'impérieuse nécessité pour le médecin d'avoir entre les mains un recueil clair et précis qui lui permette de se guider au milieu de la législation médico-sociale, devenue depuis quelques années très touffue et très complexe.

Grâce à une mise à jour aussi complète que possible, le *Droit médical* qui comprend trois grandes divisions : Organisation de la profession, Organisation sanitaire publique, Protection sanitaire, assistance et assurances sociales, donne les textes avec commentaires, des plus récentes lois, décrets et arrêtés réglementant ces différentes matières. On y trouvera très utilement exposée l'évolution de la jurisprudence en matière de responsabilité médicale avec ses conséquences au point de vue pratique.

Une table des matières en trois parties termine l'ouvrage et permet de trouver très rapidement le renseignement cherché. La deuxième édition du *Droit Médical* trouvera certainement auprès des praticiens le même succès que la précédente.

L. R.

## JOURNAUX ET REVUES

### ANATOMIE

**Etude anatomo-clinique sur une lésion ancienne du noyau rouge**, par Georges GUILLAIN, Ivan BERTRAND et Jacqueline GUILLAIN. *Revue neurologique*. T. LXIX, n° 3, p. 233-237, mars 1938.

La situation du noyau rouge rend très intéressante l'étude de son anatomie pathologique ; en particulier par les renseignements qu'elle peut donner sur les connexions mésocéphaliques et olivo-dentelées. Les principales observations connues concernent des foyers étendus de ramollissement des tumeurs comprimant ou altérant les formations voisines. Le cas présent est exceptionnel par sa limitation à la partie supéro-externe du noyau rouge et la possibilité d'une observation prolongée (plus de 10 ans depuis que fut diagnostiquée une lésion probable de la région pédonculo-hypothalamique), qui suit le développement des dégénérescences secondaires olivaires et cérébelleuses.

P. CARRETTE.

**Recherches sur la sensibilité vasculaire. Passage de certaines voies sensitives par les ganglions sympathiques**, par J. TINEL et G. UNGAR. *Soc. anat.* 3 mars 1938. *Ann. d'anat. path.*, p. 326, mars 1938.

Etude de la sensibilité vasculaire dite « sympathique » par la méthode de l'hypertension artérielle réflexe chez le chien. L'excitation électrique du



nerf médian détermine encore l'hypertension réflexe quand le plexus brachial est sectionné ; le réflexe hypertenseur ne se produit plus chez l'animal chez lequel on a enlevé le ganglion étoilé et dénudé la sous-clavière, le plexus brachial étant intact. La possibilité de provoquer une hypertension réflexe n'appartient qu'aux fibres sensitives, qui passent par les gaines vasculaires ou par les ganglions sympathiques.

L. MARCHAND.

**Sur les lésions du sympathique caténaire lombaire au cours des artérites des membres inférieurs**, par L. CORNIL, J.-E. PAILLAS et H. HAIMOVICI. *Ann. d'anat. path. et d'anat. norm. méd. chir.*, p. 959, décembre 1938.

Etude portant sur quatorze cas de sympathectomie caténaire lombaire effectuée pour artérite des membres inférieurs ou pour troubles vaso-moteurs de causes diverses.

Au cours des artérites, les lésions observées consistent en altérations des cellules ganglionnaires et épaississements de la capsule péricellulaire, en modifications hyperplasiques schwanniennes et conjonctives, en réactions vasculo-sanguines d'allure chronique ou aiguë.

Au cours des troubles vaso-moteurs de natures diverses, les auteurs notent l'intégrité des cellules ganglionnaires et l'existence de lésions assez manifestes du tissu interstitiel.

Ainsi, au cours des artérites, en dehors de l'atteinte des nerfs adventitiels, il existe des lésions de la chaîne sympathique homologue.

L. MARCHAND.

**Sur certaines particularités de la névrite au cours de la gangrène spontanée**, par D. PANTCHENKO. *Ann. d'anat. path. et d'anat. norm. méd. chir.* p. 1013, décembre 1938.

L'examen a porté sur 11 cas de membres amputés pour gangrène spontanée. Outre l'importance des lésions vasculaires, l'atteinte des nerfs est constante et peut être qualifiée de névrite. Les lésions observées ont une certaine ressemblance avec la névrite ischémique. Néanmoins, il existe des signes intenses de régénérescence dans les fibres nerveuses malgré les troubles circulatoires graves et l'influence toxi-infectieuse des régions nécrosées. A côté des cas dominés par les lésions vasculaires, on peut admettre qu'il en existe d'autres où l'affection doit être mise sous la dépendance d'un processus du système nerveux périphérique.

L. MARCHAND.

**Etude anatomique d'une rétinite apparue au cours d'une hypertension maligne**, par A. MAGITOT et DUBOIS-POULSEN. *Ann. d'anat. path. et d'anat. norm. chir.*, p. 907, novembre 1938.

Le malade se présentait comme un hypertendu atteint de vascularite généralisée avec angio-sclérose rénale. Les lésions des yeux consistent en un œdème considérable de la tête du nerf optique ; l'endartère de l'artère centrale de la rétine a proliféré sur la moitié de la paroi artérielle ; les foyers hémorragiques rétiens sont nombreux ; on note des exsudats formés de cellules rondes bourrées de granulations lipoidiques qui, d'après les auteurs, seraient des formes pathologiques de cellules microgliales.

Cette étude apporte un argument en faveur de l'importance des facteurs vasculaires dans les rétinites, aussi bien dans celles qui apparaissent au cours des néphrites hypertensives que dans celles qui surviennent au cours de l'hypertension dite essentielle.

L. MARCHAND.

**Les lésions nerveuses dans les appendicites aiguës et chroniques (étude clinique et histologique de dix cas)**, par A. LLOMBART. *Ann. d'anat. path. et d'anat. norm. méd. chir.*, p. 606, juin 1938.

Dans certaines appendicites, on note dans l'appendice une hypertrophie marquée de leur couche nerveuse sympathique (Masson et Maresch). Le mécanisme intime du processus est encore discuté. Pour les uns, la neurogénèse serait motivée par la sécrétion des cellules de Kultzysky (appendicites neurocrines) ; pour les autres, elle serait due à l'irritation causée par l'ulcération de la muqueuse ; pour certains à des « digénèses ». L'auteur montre que les lésions nerveuses apparaissent très vite dans les appendices même restés perméables, ce qui serait en faveur de la nature primitive des troubles nerveux. Certaines particularités cliniques pourraient permettre de soupçonner le diagnostic des appendicites neurogènes.

L. MARCHAND.

**Sur une remarquable malformation symétrique de l'écorce cérébrale (micro-engyrie) allant de pair avec une synostose prénatale de toutes les sutures du crâne**, par A. BIEMOND. *Ann. d'anat. path. et d'anat. norm. méd. chir.*, p. 883, novembre 1938.

Observation d'un enfant qui présente à sa naissance une synostose de toutes les sutures du crâne. Crises convulsives. Mort à l'âge de onze mois. L'examen anatomo-pathologique de l'encéphale semble indiquer que la synostose prénatale des os épaissis du crâne a entraîné une microcéphalie exogène qui s'est manifestée par un type spécial de malformation de l'écorce cérébrale, une micro-engyrie. Les couches corticales en croissance, gênées par la présence d'un processus diminuant l'espace extérieur du cerveau, ont tenté d'augmenter leur surface de circonvolutions vers le côté intérieur.

L. MARCHAND.

**Cysticerose du quatrième ventricule**, par P.-L. LAMBERT. et J. DAGNELIE. *Ann. d'anat. path. et d'anat. norm. méd. chir.*, p. 489, mai 1938.

Observation d'une malade qui est atteinte de crises épileptiques, de troubles de la mémoire, de céphalées occipitales, de vomissements, de troubles vésiculaires qui entraînent le diagnostic de cholécystite chronique. Réactions sanguines et liquidiennes positives. Hématémèse, hyper-albuminorachie abondante et surtout céphalées extrêmement violentes quelques jours avant la mort à 49 ans. A l'autopsie, ulcérations gastriques et cysticerose cérébrale représentée par plusieurs kystes, dont certains de la grosseur d'un pois faisaient saillie dans la lumière du quatrième ventricule. L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un cysticercus cellulosæ (larve du *tænia solium*), du type racemosus. Les auteurs terminent leur mémoire

par des considérations sur les hypothèses relatives au rôle du système nerveux dans la pathogénie des ulcérations gastriques et de l'hémorragie digestive observées chez leur malade.

L. MARCHAND.

**L'hypophyse dans la maladie de Basedow**, par C. WEGELIN. *Ann. d'anat. path. norm. méd. chir.*, p. 703, juillet 1938.

Le poids de l'hypophyse dans la maladie de Basedow est très variable et on ne peut prétendre qu'il est régulièrement augmenté.

L'examen histologique décèle des signes de dégénérescence dans les cellules épithéliales du lobe antérieur. Cette dégénérescence concerne en premier lieu les cellules basophiles, mais les autres cellules ne sont pas épargnées. Un certain rapetissement des cellules, surtout des éosinophiles, est constaté ainsi qu'une dissociation cellulaire et un œdème péricapillaire, qui est accompagné d'une forte hyperémie. Il est probable que ces lésions sont produites par l'augmentation de la thyroxine dans le sang des basedowiens. Quant à la neurocrinie hypophyso-thalamique, qu'il s'agisse de la neurocrinie cellulaire, de la neurocrinie colloïde, de la neurocrinie pigmentaire, elle est minime ou manque complètement dans le lobe postérieur.

Les données morphologiques ne permettent donc pas d'admettre une hyperfonction hypophysaire comme étiologie de la maladie de Basedow. Cette constatation négative est en pleine concordance avec les résultats des recherches cliniques d'autres auteurs, qui ont démontré une diminution de l'hormone thyroïdienne dans le sang des basedowiens.

L. MARCHAND.

**Métastase endocrinienne d'un mélanome malin**, par J.-E. PAILLAS et A. VOLPIATTO. *Soc. anat.* 5 mai 1938. *Ann. d'anat. path.*, p. 568, mai 1938.

Une femme de 34 ans, porteuse de lentigines multiples depuis l'enfance, présente un an et demi après l'irritation répétée d'un nævus, siégeant sur le mollet gauche, une métastase ganglionnaire au niveau du triangle de Scarpa puis une localisation endocranienne localisée sur la méninge pétreuse et des nodules sous-cutanés. L'examen histologique confirme le diagnostic de mélanome malin, déjà certain en raison de l'histoire clinique de la mélanurie.

L. MARCHAND.

**Ataxie de Friedreich. Etude histopathologique** (Friedreich's Ataxia. A Histopathologic Study), par George B. HASSIN. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XXXIX, n° 1, p. 116-130, janvier 1938.

Les recherches de M. Hassin tendent à établir les relations anatomiques de la maladie de Friedreich avec l'héréditaire-ataxie cérébelleuse de Pierre Marie, l'atrophie olivo-ponto-cérébelleuse de Déjerine et Thomas et les formes cliniques de transition. Entre la maladie de Friedreich et la dégénérescence combinée subaiguë de la moelle, il n'existe que des différences quantitatives, des modalités dans l'intensité du processus. Avec le syndrome de Pierre Marie, la différence n'est pas seulement dans la localisa-

tion, mais aussi dans le mode évolutif : la première est primitivement une dégénérescence du nerf, la seconde une atteinte des cellules ganglionnaires.

P. CARRETTE.

**Nature des « cellules argentiques » observées dans la sclérose multiple et dans d'autres maladies** (Nature of the « Silver Cell » occurring in Multiple Sclerosis and other Diseases), par Nathan BLACKMAN et Tracy J. PUTNAM. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XXXIX, n° 1, p. 54-61, janvier 1938.

Les cellules décrites par Steiner en 1928 sur les préparations histologiques faites avec les cerveaux de sujets atteints de sclérose multiple ou de démence paralytique sont des corps sphériques de la dimension d'un noyau de lymphocyte, renfermant des particules noires d'imprégnation argentique et souvent du pigment jaune. Ce sont des phagocytes d'origine gliale, caractéristiques de la sclérose multiple. On les trouve également dans les affections cérébrales vasculaires et il est probable que les éléments fixés viennent du sang. Ils ne seraient donc pas le signe d'une atteinte par le spirochète ou des bactéries comme certains auteurs l'ont affirmé.

P. CARRETTE.

**Lésions nerveuses périphériques dans les cas d'anémie pernicieuse** (Peripheral Nerve Lesions in Cases of Pernicious Anaemia), par W.-M. van der SCHEER et H.-C. KØEK. *Acta psychiatrica et neurologica*. T. XIII, n° 1, p. 61-92, 1938.

Les modes de dégénérescence nerveuse de la moelle décrits par Bronwer et Blauwkinp dans l'anémie pernicieuse sont retrouvés par MM. van der Scheer et Koek dans les nerfs. La démyélinisation atteint les fibres avec prédominance des lésions aux parties périphériques et minimum dans les régions proximales. Sans doute l'intensité des lésions est-elle en rapport avec la pauvreté de l'apport circulatoire.

P. CARRETTE.

**Sur quelques problèmes du diagnostic histologique et sur l'interprétation des perturbations circulatoires du cerveau** (On some problems of Histological Diagnosis and Interpretation of Circulatory Disturbances in the Brain), par A. MEYER. Meeting annuel de la *Royal Medico-Psychological Association*, 8 juillet 1937 in *The Journal of Mental Science*. T. LXXXIV, n° 348, p. 97-104, janvier 1938.

Les grosses lésions artérielles et veineuses du cerveau, les thromboses et les embolies provoquent des désordres assimilables à ceux des autres organes. Beaucoup plus intéressante est l'étude des altérations histologiques liées aux spasmes, aux stases, aux troubles vaso-moteurs en général, sans lésion visible des gros vaisseaux. Des troubles d'allure fonctionnelle peuvent dans certains cas s'installer en permanence par l'effet de la réaction névroglique secondaire. M. Meyer considère que ces troubles circulatoires aboutissent à l'anoxémie. Ainsi la question des échanges d'oxygène et de gaz carbonique intervient-elle dans le cas des avitaminoses, dans l'épilepsie. Le problème physico-chimique passe ainsi au premier plan aux dépens de la traditionnelle séparation des désordres dégénératifs et toxi-infectieux.

P. CARRETTE.

## ENDOCRINOLOGIE

**Maladie de Simmonds et anorexie mentale**, par H. STÉVENIN et R. GAUBE.  
*Le Monde médical* n° 915, p. 489-496, 15 avril 1938.

L'amaigrissement progressif avec aménorrhée et hypotension est souvent mis sur le compte d'un état hypophysaire sans preuve suffisante. La maladie de Simmonds est un état de dysendocrinie qui relève de l'opothérapie spécifique, mais en général les cas frustes, tout en bénéficiant du traitement glandulaire, guérissent surtout par la cure classique d'isolement et de rééducation alimentaire applicable à l'anorexie mentale.

P. CARRETTE.

**Sur l'existence des centres nerveux infundibulaires réglant la fonction du corps thyroïde**, par Mares CAHANE et Tatiana CAHANE. *Acta medica Scandinavica*. T. XCIV, fasc. 3, p. 320-327, Stockholm, 1938.

Les expériences des auteurs, confirmant et complétant les données récemment admises, suggèrent l'existence de deux centres infundibulaires chargés de la fonction thyrotrope hypophysaire.

Un premier centre, antérieur, compris entre le chiasma et la tige, serait excito-sécréteur ; le second, situé dans le groupe des noyaux tubéro-mammillaires, serait frénateur de la fonction thyroïdienne.

P. CARRETTE.

**Diagnostic des troubles psychiques basedowiens et des faux syndromes mentaux d'apparence thyroïdienne. Importance du problème au point de vue chirurgical**, par H. WELTI, H. BARUK et M<sup>lle</sup> Yvonne MATHEY.

Les auteurs distinguent et décrivent successivement : 1° les troubles nerveux et mentaux au cours de l'évolution de la maladie de Basedow typique ; 2° les troubles nerveux et mentaux survenant chez des malades porteurs de goîtres non basedowiens ; 3° les névroses et psychoses réalisant de faux syndromes de Basedow, en dehors de tout goitre, notamment les névroses et psychoses tachycardiques. Le diagnostic des névroses et des psychoses pseudo-basedowiennes présente un intérêt primordial car la thyroïdectomie subtotale, qui ménage une quantité suffisante de tissu thyroïdien bien innervé et bien vascularisé, donne des résultats remarquables dans les véritables hyperthyroïdies.

L. R.

**Les formes psychiques pures ou prévalentes de l'hyperthyroïdie**, par Paul COSSA (de Nice). *Archives de Neurologie*, n° 3, année 1938.

L'accord est complet sur l'état mental habituel des Basedowiens et sur les troubles mentaux graves que peut causer l'hyperthyroïdie extrême. On discute par contre sur la fréquence, l'aspect clinique, l'étiologie des troubles mentaux coexistant avec une thyrotoxicose fruste. Dans ces formes psychiques pures ou prévalentes, on ne peut établir une relation de causalité que si le trouble endocrinien et les troubles psychiques réagissent parallèlement au traitement. L'auteur considère ces formes psychiques comme assez fréquentes. Étiologiquement, 81,3 % des cas concernent des



femmes d'environ 35 ans. L'hyperthyroïdie est méconnue ; la plupart des malades revêtent l'aspect de « *petits mentaux* », ceux-ci se subdivisant en quatre groupes : 1° *nerveux*, 2° *anxieux*, 3° les *anxieux-agités*, 4° les *pseudo-psychasthéniques*, avec fatigue psychique et physique. Un petit nombre de malades (1/4) est atteint de *maladies mentales caractérisées* : hallucinés, interprétants, maniaques ou mélancoliques. Au point de vue *physique*, la plupart des malades présentaient trois ou quatre des symptômes cardinaux de la maladie de Basedow ; les troubles fonctionnels très fréquents, consistaient surtout en troubles génitaux et digestifs. L'augmentation du métabolisme basal, en moyenne de 18 %, ne paraissait pas en relation avec la gravité du tableau psychique. Les résultats thérapeutiques ont confirmé les relations de causalité entre faits biologiques et psychiques. Les rechutes surtout sont concluantes par le parallélisme exact d'évolution entre les troubles mentaux et biologiques. *Le mode de traitement* le plus favorable semble chirurgical. Quant au pronostic suivant la forme mentale observée, très favorable chez les « *petits mentaux* », il est beaucoup plus grave dans les syndromes mentaux caractérisés : soit qu'il s'agisse dans ces cas de coexistence, soit que les deux syndromes dépendent d'une cause commune, soit encore que la maladie mentale, ayant atteint une certaine organisation, évolue pour son propre compte.

M. LECONTE.

**Tétanie spontanée grave de l'adulte. Etude clinique et thérapeutique,** par Emile SERGENT et Henry MAMOU. *Le Monde médical*, n° 914, p. 457-463, 1<sup>er</sup> avril 1938.

Les cas de tétanie cataméniale décrits par Pende dans des états constitutionnels hypoparathyroïdiens sont en général assez aisément réductibles. Les auteurs ont observé un cas complexe, sévère, de tétanie à crises violentes et répétées. La constatation de l'hyperfonctionnement ovarien conduisit à une radiothérapie stérilisante qui permit d'obtenir la guérison.

P. CARRETTE.

**Faits cliniques et expérimentaux établissant la possibilité d'une action des hormones sur le développement des poils,** par A. DESAUX. *Le Progrès médical*, n° 6, p. 182-186, 5 février 1938.

On connaît les rapports des fonctions thyroïdiennes avec l'atrophie et le développement pileux. Les recherches de Desaux l'inclinent vers l'hypothèse de l'existence d'un principe virilisateur identique dans la cortico-surrénale et le testicule interstitiel, stimulé par la sécrétion de la fraction basophile de l'antéhypophyse.

P. CARRETTE.

**Homosexualité et glandes endocrines,** par Leonidio RIBEIRO. *Archivos de Medicina legal e Identificação*, n° 15, p. XCVIII-C, janvier 1938.

Les homosexuels invétérés relèvent du médecin plus que de la justice, dit M. Ribeiro, partisan convaincu de la théorie constitutionnelle de l'inversion sexuelle. Les examens montrent toujours chez les intéressés des anomalies anatomiques ou fonctionnelles. C'est dans l'enfance et l'adolescence que le traitement opothérapique doit être institué et la rééducation organisée.

P. CARRETTE.

**Les hypertension d'origine endocrinienne**, par Pierre BROUSTET. *Le Progrès médical*, n° 15, p. 525-530, 9 avril 1938.

L'hypersurrénalisme et la maladie d'Addison, l'effet vaso-constricteur de l'antélobine et la maladie de Simmonds, l'hyperthyroïdisme et le myxœdème, les hypertension de la ménopause, le rôle hypotenseur de l'insuline, autant d'éléments bien définis capables d'aider à la compréhension du problème pathogénique de l'hypertension artérielle totale, générale, continue. Chacun de ces éléments fournit une explication logique, mais l'un agit directement, l'autre par antagonisme ; l'un est un modificateur du système nerveux, l'autre neutralise cliniquement un agent vaso-moteur. Ainsi, les causes de l'hypertension sont multiples et ses mécanismes divers.

P. CARRETTE.

## HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

**Les psychopathes. Etudes sur la population française**, par G. ICHOK. *Biologie médicale*. T. XXVIII, n° 5, p. 245-292, mai 1938.

L'incurable curiosité humaine a inventé la statistique qui, appliquée à l'étude de la psychopathie, nous réserve bien des alarmes. Elle nous permet toutefois d'apprendre que dans tel département les aliénés de 40 ans sont plus nombreux que dans tel autre et coûtent moins cher que dans un troisième. Mais l'optimisme trouve aussi sa nourriture. Ainsi les pays anglo-saxons et ceux de l'Europe centrale, qui détiennent le record du nombre des aliénés, pourront faire observer que cet état n'est qu'apparent et dû à un meilleur dépistage. L'encombrement des établissements d'aliénés est indéniable. Le désir de voir les asiles disparaître pour laisser la place aux hôpitaux psychiatriques vient de devenir une réalité et le pourcentage des secondes admissions, qui gardait depuis des lustres une déconcertante fixité, va peut-être se modifier, mais dans quel sens ?

M. Ichok adopte les mesures préconisées avec confiance par les sociologues : agrandissement des asiles, création de services ouverts, diffusion de l'hygiène mentale. Signalons deux problèmes délicats pour lesquels il préconise une solution : 1° l'allègement des budgets d'assistance par un meilleur rendement du travail des aliénés, jugé insuffisant parce que trop peu de malades sont occupés (conception qui risque malheureusement d'être battue en brèche par la vogue croissante de la chimiothérapie hyperactive, astreignante et onéreuse) et 2° les certificats d'intégrité psychique appliqués à la sauvegarde sociale, notamment le certificat préparlementaire réclamé par M. Paul Farez en attendant l'institution du certificat préélectoral. La menace de la ponction lombaire pour les candidats ministres ne serait-elle pas le remède efficace à l'instabilité gouvernementale ?

P. CARRETTE.

**Sur le rôle de l'accouchement prématuré dans la genèse de certaines affections cérébrales, en particulier de certaines formes d'arriération intellectuelle plus ou moins intense d'origine exogène** (Über die Bedeutung des partus praematurus für die Entstehung gewisser zerebraler Affektionen, mit besonderer Berücksichtigung schwererer und leichter Grade exogen bedingter Unterbegabung), par T. BRANDER, d'Helsingfors. *Acta psychiatrica et neurologica*, XII, 3, 1937, Copenhague.

L'auteur a rencontré, parmi 376 enfants prématurés, âgés de 7 à 15 ans, 52,7 pour cent de mal doués, dont 11,2 pour cent d'arriérés vrais et 1,4 pour

cent seulement de supérieurement doués. Les causes qui compromettent le développement cérébral des enfants prématurés, sont, par ordre de gravité : les tares héréditaires, les complications de l'accouchement, l'insuffisance pondérale. Parmi les enfants où le facteur pondéral intervient seul, à l'exclusion des autres, le nombre des déficients psychiques est relativement faible, il est proportionné à la gravité du déficit pondéral au moment de la naissance. Les complications de l'accouchement, qui agissent notamment par l'intermédiaire d'hémorragies intracrâniennes jouent un rôle important, en particulier la présentation par le siège. L'hérédité est certainement le facteur le plus grave, mais son rôle paraît souvent nettement lié à l'accouchement prématuré. C'est le cas en particulier pour l'hérédité alcoolique, dont le mécanisme est encore mal élucidé ; il semble qu'elle intervienne souvent d'une façon indirecte seulement, par l'intermédiaire des accouchements prématurés, fréquents pour diverses raisons chez les femmes des buveurs (mauvais traitements, misère, surmenage, etc.).

E. BAUER.

### ASSISTANCE

**Conceptions modernes et législation actuelle sur l'assistance hospitalière neuro-psychiatrique** (*Moderne vedute e legislazione attuale sull' assistenza ospitaliera neuro-psichiatrica*), par Marino BENVENUTI, Pise. *Neopsichiatria*, mars-avril 1938, p. 142-204.

Au moment où de nombreux travaux sont publiés sur l'organisation psychiatrique dans les divers pays, ce travail très complet est à recommander. On trouvera notamment dans ce travail les échos des discussions sur les services ouverts en Italie.

Henri Ex.

**Essai d'organisation d'un demi-pensionnat pour les malades psychiques**, par A.-D. DGEAGAROV. *Nevropatologia i Psichiatria*, T. VI, fasc. 8, 1937.

L'auteur rapporte les détails de l'organisation d'un demi-pensionnat fonctionnant depuis quatre ans auprès d'un hôpital psychiatrique de Moscou. Cet organisme tient le milieu entre un dispensaire et un service d'hospitalisation pour malades atteints de troubles psychiques. Il abrite journellement pendant 5 à 7 heures des malades psychiques en voie de guérison, des malades souffrant de la séparation absolue avec le milieu familial, des épileptiques, etc. Les malades ne sont soumis à aucune contrainte et sont entièrement libres. Les ateliers de travail faisant partie de l'établissement leur procurent une occupation utile ainsi que le moyen indispensable de prolonger ou de compléter le traitement qui leur est nécessaire. Une organisation de ce type réduit les frais d'entretien des malades au minimum sans porter préjudice à leur traitement. Ces demi-pensionnats pourraient être organisés avec avantage auprès d'autres établissements que les services psychiatriques.

FRIBOURG-BLANC.

**L'assistance aux aliénés en Europe. Tchécoslovaquie**, par MM. DESRUELLES et BERSOT. *Hygiène Mentale*, 1938, p. 105-118.

Documentation provenant de l'Office de Statistiques de la République Tchécoslovaque. L'assistance aux aliénés a fait là de grands et rapides progrès, mais malgré l'augmentation du nombre des services psychiatriques et du nombre des lits, il y a encore encombrement ; il y a environ vingt mille aliénés hospitalisés, soit 115 pour 100.000 habitants. Pierre MASQUIN.

**Histoire de la psychiatrie et des hôpitaux psychiatriques de Mexico** (History of Psychiatry and Mental Hospitals in Mexico), par Samuel RAMIREZ MORENO. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. T. LXXXVI, n° 5, p. 513-524, novembre 1937.

L'histoire de « San Hipolito » et de « La Canoa » se confond avec celle de l'Assistance au Mexique. Recueillant les malades mentaux à partir du XVII<sup>e</sup> siècle, ils sont devenus asiles d'aliénés depuis cent ans. San Hipolito est célèbre dans l'histoire de la Nouvelle-Espagne par son Eglise, où l'on commémorait l'entrée à Mexico d'Hernan Cortes précédé de sa fameuse bannière. L'asile « La Canoa » tire son nom de la rue où fut édifié le premier hôpital pour les femmes aliénées. Quant à « La Castañeda », inaugurée en 1910, c'est une des institutions psychiatriques les plus modernes de l'Amérique latine. Elle possède en effet un service social, un institut prophylactique, des laboratoires, et on y dirige l'enseignement du personnel spécialisé.

P. CARRETTE.

**Les origines de l'asile Saint-Paul-de-Mausole à Saint-Rémy-de-Provence**, par le Dr Edgar LEROY. *Hygiène Mentale*, 1938, p. 121-133 (avec une planche hors-texte).

Document à verser au dossier de l'histoire du traitement des maladies mentales en France. Ce sont des Observantins qui transformèrent peu à peu en asile d'aliénés l'antique monastère de St-Paul-du-Mausolée. A quelle date ? On ne saurait le dire car les archives de cet Ordre furent détruites à la Révolution.

Seul un document de 1768 atteste cette affectation. Saisis et vendus comme biens nationaux, le Couvent et ses terres périclitent aux mains d'adjudicataires incapables et ce n'est qu'en 1807, après une éclipse de près de vingt ans, que se fondait l'actuel asile d'aliénés de Saint-Paul, où devait plus tard être interné Van Gogh.

Pierre MASQUIN.

## THÉRAPEUTIQUE

**Insulino-résistance et radiothérapie dans le diabète acromégalique**, par P. MAURIAC, P. BROUSTET, R. SARIC et de LACHAUD. *Le Progrès médical*, n° 12, p. 413-421, 19 mars 1938.

L'observation présentée montre une aggravation d'un syndrome diabétique au cours d'une radiothérapie hypophysaire et une contradiction entre la clinique et le laboratoire. La courbe d'hypoglycémie insulinique montre une

insulino-résistance, tandis que les bienfaits de l'insulinothérapie sont cliniquement appréciables. Le désaccord de la clinique et du laboratoire à propos de la cure d'un diabétique évoque celui qui a été rapporté au cours du choc insulinique dans le traitement des états psychopathiques. Les constatations du professeur Mauriac et de ses collaborateurs posent plusieurs problèmes : celui de la valeur des techniques expérimentales, celui de la qualité des diverses insulines, celui des interrétions glandulaires et nerveuses, et d'autres encore.

P. CARRETTE.

**Historique de l'origine du traitement de la schizophrénie par le choc insulinique**, par le Dr Manfred SAKEL. *Encéphale*, 1938, t. I, p. 153-164.

Sakel rappelle dans cette conférence comment il a été fortuitement conduit à employer les chocs insuliniques dans le traitement de la schizophrénie par suite des modifications psychiques frappantes, apparues consécutivement à un choc hypoglycémique non voulu chez un morphinomane. Sakel expose ensuite ses vues personnelles sur le mécanisme d'action de cette thérapeutique.

Pierre MASQUIN.

**Le traitement des psychoses par le choc insulinique** (El Tratamiento de las psicosis por el shock insulínico), par Luis ORTEGA. *Revista de Psiquiatria y Criminologia*, n° 13, p. 1-10, janvier-février 1938.

L'hypoglycémie provoquée dans les psychoses donnerait surtout des résultats favorables dans les types paranoïdes et catatoniques. Les formes simples relèveraient plutôt du métrazol ou de l'huile camphrée aux doses convulsivantes. La technique est variable suivant les cas et rien ne permet d'augurer de la sensibilité du sujet et du mécanisme de l'amélioration. 80 % des cas datant de moins de six mois ont pu être sérieusement améliorés à condition de poursuivre le traitement assez longtemps et d'utiliser au début comme à la fin de petites doses d'insuline.

P. CARRETTE.

**Contribution à l'étude de la thérapeutique insulinique dans les maladies mentales** (Contributo alla conoscenza sulla terapia insulinica sulle malattie mentali), par Vito FARELLO, Turin. *Il Cervello*, mai 1938, p. 150-156.

Sur neuf cas de démence précoce huit ont été améliorés au point de vue physique et quatre ont été améliorés au point de vue mental. Dans cinq cas de confusion, cinq ont été améliorés. Trois cas de paralysie générale n'ont pas été modifiés.

Henri EY.

**Progrès récents par le traitement insulinique** (Recent Advances in Insulin Treatment), par H. PULLER STRECKER. Meeting of the Royal Medico Psychological Association, 23 novembre 1937, in *The Journal of Mental Science*. T. LXXXIV, n° 348, 146-155, janvier 1938.

Dans la schizophrénie, le traitement par l'insuline doit aboutir au coma et durer de 50 à 60 jours suivant la durée antérieure de la maladie. Pour les cas remontant à un ou deux ans, la comparaison avec les rémissions



spontanées est très favorable au traitement. L'auteur signale la persistance de la sensibilité à la douleur dans le coma et l'influence excitante de la fumée de tabac sur l'hypoglycémie. La combinaison avec le cardiazol donne des résultats variables. C'est la stupeur catatonique qui est influencée surtout par le cardiazol, alors que l'agitation et les états paranoïdes récents réagissent mieux à l'insuline.

P. CARRETTE.

**Traitement hypoglycémique de la schizophrénie. Quelques impressions** (Hypoglycemic Treatment of Schizophrenia : Some Impressions), par A.-A.-W. PETRIE. Meeting of the *Royal Medico Psychological Association*, 23 novembre 1937, in *The Journal of Mental Science*. T. LXXXIV, n° 348, p. 156-164, janvier 1938,

Les dangers du traitement par le coma insulinique sont réels pour les sujets atteints d'affections du cœur ou du pancréas de goitre ou de néphrite chronique. La pratique de l'électro-cardiogramme est un moyen de contrôle à recommander. Il faut tenir compte de l'état d'esprit du malade à l'instant où le coma va être provoqué. L'auteur recommande d'interrompre le sommeil avec une dose de sucre de 10 grammes, supérieure au chiffre des unités d'insuline administrées. Il prescrit la vitamine B dans les cas de coma irréversible.

P. CARRETTE.

**Thérapeutique insulinique. Revue, avec étude spéciale du mécanisme de la cure** (Insulin Therapy : A Review, with special Reference to the Mechanism of Cure), par Rudolf FRENDBERG. Meeting of the *British Psychiatric Insulin Society*, 7 novembre 1937 in *The Journal of Mental Science*. T. LXXXIV, n° 348, p. 165-176, janvier 1938.

L'amélioration du schizophrène traité par l'insuline serait due à l'euphorie liée au retour des activités instinctives, à la décroissance des inquiétudes psychopathiques, à la réapparition des sensations somatiques normales. Ces modifications résulteraient d'une amélioration de l'oxydation cérébrale. L'utilisation du glycogène cérébral chez le schizophrène serait défectueuse, d'où insuffisance de la respiration, des échanges cellulaires. La libération des toxines par trouble du métabolisme des protéines serait ralentie. L'insulinothérapie, par l'activation des processus oxybiotiques, désintoxiquerait et irriterait la cellule cérébrale, rétablissant les échanges. Le cardiazol produirait des modifications analogues, plus soudaines et moins durables.

P. CARRETTE.

**Traitement par le choc insulinique chez les schizophrènes** (Insulin Shock Treatment of Schizophrenic Patients), par Salomon KATZENELBOGEN, Herbert E. HARMS et Dean A. CLARK. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XXXIX, n° 1, p. 1-13, janvier 1938.

Les auteurs ont apporté au traitement de Sakel quelques modifications : cure écourtée, injection tous les deux ou trois jours, suppression de la 4<sup>e</sup> phase dite de polarisation. A noter la diversité des réactions pour un même sujet, avec disproportion possible entre les symptômes et l'import-

tance de l'hypoglycémie. Il est d'ailleurs impossible de résoudre le problème de la sensibilité à l'insuline chez les schizophrènes soumis au traitement.

P. CARRETTE.

**Le traitement par le choc insulinique des psychoses schizophréniques chroniques** (Insulinschockbehandlung bei chronischen schizophrenen Psychosen), par H. FRÖSHAUG et H. THOMSTAD. *Acta psychiatrica et neurologica*, XIII, 2, 1938.

Chez les 32 malades, appartenant toutes au sexe féminin, qui furent soumises au traitement insulinique, le processus schizophrénique durait depuis plus d'un an au moins, et en moyenne depuis 8 ans. Pourtant les résultats furent appréciables : 1 rémission complète, 4 bonnes rémissions et 6 rémissions partielles durables, 16 rémissions passagères ; l'effet fut nul dans 5 cas, chez 2 malades l'état démentiel fut aggravé. Dans la majorité des cas il s'agissait de formes catatoniques. Aucun accident mortel ne fut observé, mais une malade fut atteinte de décollement partiel de la rétine et de paralysie des péroniers.

E. BAUER.

**Nouveaux éléments d'appréciation concernant le traitement de la schizophrénie par le choc insulinique** (Neue Gesichtspunkte zur Bewertung der Insulinschocktherapie der Schizophrenie), par G. LANGFELDT, d'Oslo. *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie*, 98, 6, 1938.

Les statistiques qui ont été publiées sur les résultats de l'insulinothérapie de la schizophrénie, font apparaître de grandes différences en ce qui concerne la proportion des succès enregistrés. L'auteur lui-même a obtenu des résultats bien moins favorables que ceux signalés dans les statistiques de Sakel et de Muller. La cause de ces écarts réside probablement dans les différences de position des auteurs à l'égard du diagnostic de schizophrénie. Il est indispensable de distinguer entre la schizophrénie endogène vraie, et les psychoses exogènes d'aspect schizophrénique. Ces dernières tendent naturellement à la rémission spontanée, et elles se montrent particulièrement accessibles à l'insulinothérapie qui ne fait qu'accélérer la rémission. Dans la schizophrénie endogène vraie, progressive, le traitement insulinique donne des résultats nettement moins favorables.

E. BAUER.

**A propos du traitement de la schizophrénie par l'insuline**, par T. KAZMIERSKI. *Nowiny Lekarskie*. T. L, fasc. 4 du 15 février 1938.

L'auteur rapporte les résultats obtenus chez 15 malades atteints de schizophrénie, traités par l'insulinothérapie. Cette méthode a permis à l'auteur d'obtenir 40 % d'amélioration. Son emploi engage cependant à formuler certaines réserves. Bien que le pourcentage des rémissions dues à l'insulinothérapie soit sensiblement meilleur que celui des rémissions spontanées, cette méthode ne semble pas indiscutablement supérieure aux autres méthodes employées. Néanmoins, chez des malades dont l'état général est déficient, elle offre des indications préférables à la pyrétothérapie. Les

principaux inconvénients de l'insulinothérapie se trouvent dans les risques qu'elle présente pour les malades. Elle exige une surveillance attentive de la part du médecin. Elle est astreignante pour le personnel surveillant. De plus, son prix de revient élevé ne la met pas à la portée de toutes les bourses.

FRIBOURG-BLANC.

**Les nouveaux résultats du traitement de la schizophrénie par l'insuline,**  
par W. BRUHL, Z. KANIGOWSKI et J. OLSZEWSKI (*Rocznik Psychiatryczny*,  
T. XXXVI, 6 janvier 1939).

Les auteurs ont soumis au traitement par l'insuline, selon la méthode de Sakel, 84 cas de schizophrénie. Dans 18 cas, ils n'ont pu continuer la cure. Les 66 cas complètement traités se répartissent en 4 groupes, suivant l'ancienneté de la maladie au début du traitement. Dans le premier groupe — ancienneté de la maladie, 6 mois — 41 cas, 60 % de rémissions complètes et d'améliorations considérables. Les auteurs admettant que, dans la schizophrénie ne datant pas de plus de six mois, les améliorations spontanées s'observent dans 46 % des cas, les résultats obtenus par le traitement insulinique procurent une amélioration du pourcentage de 14 %. Dans le deuxième groupe — ancienneté de la maladie 7 à 12 mois — 2 cas, une rémission dans un cas, pas d'amélioration dans l'autre. Dans le troisième groupe — ancienneté de la maladie plus d'un an — 12 cas, une seule amélioration considérable, pas de résultat pour les autres cas. Dans le quatrième groupe, comprenant des formes rémittentes — 13 cas, on a observé 8 bons résultats.

Les auteurs concluent que le nombre trop restreint de malades sur lesquels portent ces constatations ne permet pas de donner une réponse définitive sur l'efficacité de la thérapeutique insulinique.

FRIBOURG-BLANC.

**Schizophrénie et rémissions après insulinothérapie,** par M. L. PRESS, de  
Zurich. *Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie*, XLII, 1, 1938.

L'auteur rapporte les résultats obtenus dans les 32 premières applications de l'insulinothérapie, à la Clinique Psychiatrique de Burghölzli. Elle donne une description sommaire des cas les plus intéressants. Des rémissions sociales furent enregistrées 10 fois (7 catatonies, 3 hébéphrénies) ; parmi ces malades, 7 étaient atteints depuis moins de 6 mois, une depuis 8 mois, 2 présentaient des schizophrénies plus anciennes, mais évoluant par poussées. Des 9 malades qui ne furent que partiellement améliorées, 7 récidivèrent rapidement ; chez 3 d'entre eux la durée de la maladie dépassait 1 an 1/2 ; il s'agissait de 3 catatonies, 4 hébéphrénies, 2 formes paranoïdes. 13 malades, dont 10 chroniques et 3 aigus, ne retirèrent de la cure aucun profit. La cure insulinique, en activant les processus de guérison, confère à la phase de convalescence qui suit la rémission (« stade post-processuel frais » de Mauz) une netteté toute particulière. Le malade encore très vulnérable, n'atteint un niveau stable que peu à peu. Ce stade dure 6-9 mois. La psychothérapie est très utile pendant cette période de convalescence.

E. BAUER.

**Résultats de la thérapeutique convulsivante de la schizophrénie, par le cardiazol, par DELMAS-MARSALET, BERGOUIGNAN, LAFON et VALLAT. *Journal de Médecine de Bordeaux*, 5 novembre 1938, p. 445.**

Après un rappel historique et quelques précisions techniques, les auteurs rapportent une première série de 18 cas, traités à la Clinique des maladies nerveuses et mentales de Bordeaux (P<sup>r</sup> Abadie) :

Les rémissions franches dans cette statistique provisoire atteignent une proportion de 40 % : le pronostic paraît différer notablement dans les cas envisagés suivant la forme clinique et surtout la longueur d'évolution. Le mécanisme d'action de l'état convulsif s'insère logiquement dans les conceptions modernes d'une psychiatrie dynamique : les auteurs suggèrent la conception imagée de l'isomérisation nerveuse, « le choc cardiazolique agirait à la manière de certains processus qui amènent la mutation d'un isomère chimique en un autre de propriétés fort différentes. Le retour du schizophrène à un psychisme normal ne serait que la reconstitution de l'isomère primitif succédant à l'isomère passager et pathologique ». Cette comparaison n'exclut pas les modifications humorales profondes, contemporaines de la crise épileptique, qui peuvent modifier le dynamisme physico-chimique des cellules nerveuses.

BERGOUIGNAN.

**Constatations cliniques sur 50 schizophrènes traités par la méthode des convulsions d'après L. v. Meduna (Klinische Erfahrungen an 50 mit der Konvulsions therapie nach L. v. Meduna behandelten Schizophrenen), par W. MEYER, de Zurich. *Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie*, XLI, 1, 1938.**

Les 50 malades traités appartiennent à toutes les variétés cliniques et à tous les stades évolutifs de la schizophrénie. Le résultat global fut le suivant : 5 rémissions complètes, 9 rémissions « bonnes » avec reprise de l'activité sociale antérieure à la maladie, 11 rémissions partielles, 25 résultats nuls ; le nombre moyen des injections pratiquées est de 16,5 ; celui des crises convulsives de 13,5. Parmi les 10 cas avec durée de la maladie inférieure à 6 mois, 9 furent complètement ou socialement rétablis. Au delà de cette durée, la proportion des résultats favorables diminue rapidement ; après plus de 3 ans des améliorations importantes et durables ne doivent plus être escomptées. Mais il faut signaler aussi l'effet favorable momentané, presque jamais absent, des crises convulsives ; c'est ainsi que le traitement par le cardiazol représente une thérapeutique symptomatique excellente des syndromes d'agitation catatonique graves ; 2-4 injections suffisent pour amener l'accalmie.

Le traitement par le cardiazol est une thérapeutique de choc ; la perte de connaissance joue un rôle essentiel, d'où la nécessité de provoquer des crises convulsives généralisées. La théorie de l'antagonisme entre l'épilepsie et la schizophrénie, dont l'auteur ne conteste pas le bien-fondé clinique, ne peut être invoquée, estime-t-il, pour expliquer le mécanisme d'action de la méthode de v. Méduna.

E. BAUER.

**Lésions du squelette au cours de la cardiazolthérapie** (Lesioni scheletriche in corso di terapia cardiazolica), par Alfonso SATTA, Gênes. *Il Cervello*, septembre 1938, p. 285-294.

Deux cas de fractures consécutives à l'attaque convulsive provoquée par le cardiazol (un cas de fracture du col du fémur *bilatérale* et un cas de fracture de l'omoplate). Sur les 32 malades traitées, dans 6 cas il s'est produit la luxation bien connue de la mâchoire assez facilement réductible (en appuyant légèrement sur le bord antérieur de la branche montante dans un sens antéro-postérieur) mais parfois récidivante.

Henri Ey.

**Du rôle et de l'importance du traitement calcique dans la thérapeutique de la schizophrénie**, K. MIKULSKI (Nowiny Lekarskie, T. 50, fasc. 17, 1938).

S'inspirant du principe du traitement des états dépressifs par les préparations calciques, l'auteur préconise chez les malades atteints de schizophrénie les injections de gluconate de calcium, dans le but de trouver une méthode de choes légers susceptible d'être employée en milieu familial. En conclusion de ses recherches, l'auteur donne sa préférence à la solution à 10 % de gluconate de calcium en injections intraveineuses pendant trois semaines de suite. Il pratique ainsi une douzaine d'injections. Dans les états anciens il se sert de préférence de chlorate de calcium. La statistique de l'auteur porte sur 30 malades de chaque catégorie. Chez des malades atteints depuis peu de temps, il obtient la guérison dans 25 % des cas. Dans le groupe des malades anciens, il n'a pas eu à enregistrer de guérison absolue mais, dans 20 % des cas, il a obtenu des améliorations sensibles.

FRIBOURG-BLANC.

**Stimulation cytotoxique du mésenchyme dans la paralysie générale et la schizophrénie**, par le Professeur J. FRUMKIN, M<sup>me</sup> R. GRAGUEROVA, I. MIZROUCHIN, I. ZAVILLANSKIJ, P. LASKAVY et S. POLINKOVSKIJ (*Sovietskaia Psichonevrologia*, T. XIV, n° 2, 1938).

A l'instigation du professeur Bogamolec, qui a été le premier à préparer et à expérimenter le sérum cytotoxique antiréticulaire, les auteurs étudient son action dans le traitement de la schizophrénie et de la paralysie générale. Leur expérience porte sur 60 malades dont 40 schizophrènes et 20 paralytiques généraux. Cet essai enseigne que le sérum cytotoxique antiréticulaire paraît être un moyen thérapeutique précieux donnant d'excellents résultats lorsqu'il est associé aux petites doses d'insuline dans la schizophrénie et à la malariathérapie dans la paralysie générale. Les injections de sérum cytotoxique accroissent l'activité phagocytaire et, chez les paralytiques généraux, s'accompagnent d'élévation de température. Il est possible que leur action bienfaisante soit liée au pouvoir stimulant qui s'exerce sur les éléments cellulaires d'origine mésenchymateuse. Les auteurs soulignent la nécessité de multiplier leurs investigations de laboratoire et les essais cliniques en raison des heureux résultats enregistrés déjà.

FRIBOURG-BLANC.



**La malariathérapie dans la paralysie générale. Considérations sur les succès immédiats et à distance** (La malariotherapia nella paralisi progressiva. Considerazione sugli esiti immediati ed a distanza), par Vittorio MARTINENGO, *Racconigi. Il Cervo*, mai 1938, 125-149.

Les malades guéris sont passés de 27 % dans les observations immédiates, à 23 % à quelques années (3 à 7) de distance. Les améliorés sont passés de 41 % à seulement 15 % et tandis que l'on n'avait observé peu après la malariathérapie aucun décès, dans les années qui ont suivi la mort est survenue dans 46 % des cas.

Henri Ey.

**Enquête sur les paralytiques généraux impaludés à l'asile de Burghölzli-Zurich entre 1922 et 1934** (Nachuntersuchungen in der Heilanstalt Burghölzli-Zurich von 1922-1934 mit Malaria behandelten Paralytiker), par E. ESCHER. *Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie*, XLII, 1, 1939.

L'enquête qui a pu atteindre, à quelques exceptions près, tous les malades ayant été soumis à la malariathérapie, porte sur 296 cas. 16 présentent une rémission totale (4,5 %), 55 (18,9 %) une rémission partielle bonne compatible avec une activité sociale, inférieure toutefois par rapport à celle d'avant la maladie ; 26 (8,8 %) ne sont que légèrement améliorés, 58 n'ont retiré de la cure aucun bénéfice, 134 sont morts. La qualité du résultat dépend bien plus de la durée de la maladie que de la forme clinique ; toutefois, les formes agitées donnent une proportion nettement plus faible de rémissions. Dans 3 cas de paralysie générale déclanchée par des traumatismes du crâne, la malariathérapie fut sans effet. Parmi les 134 malades décédés, 30 sont morts pendant ou peu après la cure ; les autres se recrutent surtout parmi des malades chez lesquels le traitement n'eut pas de résultat appréciable. La mortalité est faible dans les cas favorablement influencés. La stabilisation de la rémission va de pair avec le retour à l'état normal du liquide céphalo-rachidien. L'examen du liquide a pu être pratiqué dans 97 cas ; chez 30, il ne présentait plus aucune modification ; dans 6 seulement le syndrome humoral paralytique était encore au complet. Par contre, les réactions sérologiques peuvent rester positives dans le sang pendant longtemps. Leur existence est pratiquement sans importance pour l'appréciation du résultat de la cure malarique.

E. BAUER.

**Stovarsolthérapie de la paralysie générale (64 % de récupérations sociales)**, par L. MARCHAND (*La Presse Médicale*, 6 août 1938).

Travail basé sur les résultats obtenus en traitant par le stovarsol 111 sujets internés à l'Asile Sainte-Anne, pour paralysie générale, de 1931 à 1937. De ces observations, M. L. Marchand conclut que tout paralytique général traité au début de son affection suivant la technique indiquée dans cet article a deux chances sur trois de recouvrer un état psychique normal. Le stovarsol est une arme excellente à condition de frapper tôt, fort, et longtemps. Tout sujet récupéré socialement doit continuer à être traité au stovarsol pendant plusieurs années. Les récidives sont dues soit à l'arrêt pré-

maturé du traitement, soit à l'insuffisance des doses, soit à un trop long intervalle entre les séries de traitement. Les accidents, même les accidents oculaires, sont minimes, comparés à la gravité de la maladie, et les contre-indications sont très réduites (sujets séniles ou présentant des déficiences organiques).

R. C.

**De l'influence de la fièvre provoquée par les tiques sur les affections nerveuses et psychiques**, par le Priv. Doc. D. AFANASIEV. (*Sovietskaia Psichonevrologia*, L. XIV, n° 2, 1938).

Après un rapide exposé de la symptomatologie et de l'étude expérimentale de la fièvre récurrente due à la spirochétose (spirochoeta Sogdiana) provoquée par la piqûre des tiques d'Asie centrale (*Ornithodoros papillipes*), l'auteur consacre son travail à l'étude de l'application thérapeutique de la fièvre récurrente. Il se sert du virus de ce parasite, qui se distingue par sa bénignité pour inoculer 66 malades atteints de schizophrénie et 28 paralytiques généraux. Chez les schizophrènes, l'effet thérapeutique s'est révélé peu satisfaisant. Chez 18 malades seulement, les résultats furent positifs. Les malades présentant la forme simple de schizophrénie paraissent bénéficier du traitement plus que les schizophrènes paranoïdes. Pour la paralysie générale, les conclusions de l'auteur confirment les observations de la majorité des autres auteurs. L'effet du virus de la tique chez les paralytiques généraux paraît sensiblement inférieur à la malariathérapie. Par contre, dans un cas de troubles psychiques persistants d'origine paludéenne (fièvre tierce), l'inoculation du virus de spirochoeta sogdiana a été suivie d'une amélioration rapide et bientôt de guérison définitive.

FRIBOURG-BLANC.

**La pyrétothérapie par l'abcès de fixation**, par les Drs A. DESCHAMPS, médecin-Directeur, et M. CHRABOLOWSKA, interne en médecine, à l'Asile de Rodez (*L'Avenir Médical*, novembre 1938).

Travail basé sur 170 cas personnels. En conclusion, Mmes Deschamps et Chrabolowska estiment que l'abcès de fixation agit en premier lieu sur les symptômes accessoires, les symptômes fondamentaux n'étant atteints que plus tardivement et dans l'ordre inverse de leur apparition. La meilleure adaptation du malade à l'ambiance au moment de l'hyperthermie facilite l'action de la psychothérapie.

Médication de choix des états mentaux aigus, l'abcès de fixation ne présente aucun danger lorsqu'il est convenablement pratiqué. En plus de son action directe, favorable, sur l'état mental, il sensibilise le malade aux autres agents thérapeutiques dont il renforce l'action. Les accès maniaques ou mélancoliques, la confusion mentale avec agitation, les psychoses puerpérales bénéficient au maximum de ce traitement et guérissent ainsi plus rapidement. Mais même dans les états chroniques justiciables de la malariathérapie suivie de traitement arsenical, les auteurs déclarent avoir eu de meilleurs résultats en faisant d'abord un abcès de fixation.

R. C.

**L'influence des bromures sur l'état catatonique**, par A.-S. POZNANSKI et Mme V.-V. NAUMOVA (*Sovietskaia Psichonevrologia*, T. XIV, n° 2, 1938).

Sur 18 malades atteints de schizophrénie sous la forme catatonique, les auteurs étudient l'action des bromures. Ils concluent que les bromures déterminent chez les malades une diminution partielle et même la disparition complète de la plasticité cireuse et du négativisme. Ils favorisent par contre la motilité et facilitent le contact avec les malades. A des doses variant de 8 à 14 grammes, le bromure de sodium produit l'accentuation de l'inhibition. La valeur des doses est individuelle et dépend manifestement de l'état du sujet. L'application thérapeutique des bromures dans la catatonie ne peut pas être fondée sur un dosage standard et exige l'établissement d'une échelle particulière à chaque malade de doses à effet inhibant et désinhibant. En partant de l'hypothèse de Pawlow sur la nature inhibitrice des états catatoniques, on peut supposer que les bromures peuvent renforcer l'inhibition jusqu'à sa concentration.

FRIBOURG-BLANC.

**La place des sympatholytiques en thérapeutique expérimentale et clinique**, par Jeanne LÉVY et L. JUSTIN-BESANÇON. *Archives internationales de Neurologie*, mai 1938.

La définition de ces corps diffère pour le physiologiste, le pharmacologue et le clinicien. Ils se classent en deux groupes : naturels et synthétiques. Les données expérimentales sur ces corps sont nombreuses, mais difficiles à généraliser à l'homme. Certaines circonstances font varier l'action du poison. Il est acquis cependant que les sympathicolytiques agissent : 1° sur les muscles lisses : vaisseaux, muscle utérin (sur lequel ils semblent agir par un corps accessoire non sympathicolique), muscles de l'œil (d'où action sur l'exophtalmie ; 2° sur le rythme cardiaque, la diurèse, les sécrétions glandulaires, le système nerveux, les humeurs (glycémie), centres thermiques et métabolisme de base. Leur utilisation chez l'homme est rendue délicate par : leur toxicité, la variabilité du territoire d'action de chaque poison, les réactions différentes suivant les individus. Au point de vue thérapeutique, on peut les diviser en 4 groupes : 1° groupe de l'ergot, utilisé dans les hémorragies utérines, la maladie de Basedow, les migraines ; 2° groupe de l'yohimbine, vaso-dilatateur, pouvant être dangereux chez les hypertendus. Il agit sur l'exophtalmie basedowienne résiduelle ; comme aphrodisiaque, sa réputation est injustifiée ; 3° le groupe synthétique, encore à l'étude ; 4° les sympatholytiques accessoires expliquent l'action de bien des médicaments usuels.

Les auteurs attirent enfin l'attention sur l'analogie de constitution entre sympathicolytiques de synthèse, et hormones humaines sympathicolytiques et sympathicomimétiques, ce qui permet de penser que l'organisme humain est capable de préparer les sympathicolytiques au dépens de l'adrénaline.

M. LECONTE.

**Essais de traitement de l'impuissance sexuelle masculine par l'hormone mâle**, par Guy LAROCHE et Et. BOMPARD. *Le Progrès médical*, n° 15, p. 530-534, 9 avril 1938.

L'impuissance masculine caractérisée d'origine endocrinienne est justiciable des injections de sels de testostérone. Les formes sévères de l'adulte

comme les atrophies séniles résistent au traitement, mais un renouveau d'activité physique et intellectuelle est souvent enregistré. Il est nécessaire d'augmenter les doses et de multiplier les cures dans ces cas difficiles (jusqu'à dix ou douze fois 50 milligrammes d'acétate ou de propionate de testostérone). Les cures les plus intéressantes sont celles qui corrigent le défaut ou le retard du développement pubertaire.

P. CARRETTE.

**Traitement des intoxications barbituriques et similaires par les seules injections intraveineuses à doses massives de coramine**, par Jean LEROUX-ROBERT. *La Clinique*, n° 297, p. 12-16, janvier 1938.

M. Leroux-Robert fait observer que la strychninothérapie est dangereuse, surtout quand on ignore le degré exact de l'intoxication barbiturique. Il préconise les injections intraveineuses de 3 à 12 cm<sup>3</sup> de coramine renouvelées dans les 24 heures. Les risques de collapsus cardiaque et de complications pulmonaires sont ainsi réduits et la menace d'intoxication secondaire disparaît.

P. CARRETTE.

**La sérothérapie antipoliomyélitique d'origine animale (Sérum de Pettit S. A. P.) dans la thérapeutique humaine**, par le Professeur Adolfo CASASSA (de Turin) (*L'Europe Médicale*, 25 janvier 1939).

Employé en temps utile, le sérum de Pettit : bloque l'infection et empêche l'accès du virus au bulbe ; réduit la gravité des séquelles, quand il ne les supprime pas complètement ; est capable de guérir les paralysies aussi bien chez le nourrisson que chez l'adulte et peut guérir même les formes bulbaires ; abaisse sensiblement la mortalité.

R. C.

**Sérum normal humain dans le traitement de la sclérose en plaques** (Artgleiches Normalserum bei multipler Sklerose), par E. STRANSKY, de Vienne, *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie*, 98, 4-5, 1938.

Le traitement par des injections sous-cutanées ou intra-musculaires de sérum provenant d'individus sains a produit des améliorations notables, parfois durables, dans une vingtaine de cas de sclérose en plaques. L'auteur a choisi comme donneurs des sujets âgés de plus de 50 ans, la sclérose en plaques ne débutant que rarement après cet âge. Il attribue l'effet favorable à la présence, dans ces sérums, de corps immunisants, et il rapproche sa méthode de celle préconisée par des auteurs français (Doussinot, etc.) dans le traitement des psychoses, dont il semble d'ailleurs s'être inspiré.

E. BAUER.

**La méthode de Rééducation psycho-physique « Mensendieck »** par L. LAMY, chirurgien Orthopédiste de l'hôpital Foch et Elise VAN DANTZIG, monitrice de rééducation psycho-motrice (*Revue médicale française*, octobre 1938).

La méthode de Mme Bers M. Mensendieck s'appuie sur l'étude des mouvements de la vie quotidienne, sur la connaissance et la conscience du corps

humain. Elle se propose d'obtenir un corps discipline, susceptible de se conduire d'une façon harmonieuse et suivant les lois naturelles. Elle aboutit à une adaptation aux actes de la vie, d'une façon constructive et fonctionnelle, c'est-à-dire que lorsque la volonté ordonne une action, le corps doit l'exécuter non pas n'importe comment, mais suivant des lois qui assurent un meilleur rendement et une conservation de l'harmonie.

Cette méthode fait appel à la volonté et à l'intelligence, mais elle est accessible même aux intelligences un peu déficitaires. D'autre part elle laisse une grande liberté au professeur et, pourvu que celui-ci suive les principes essentiels, son talent, sa fantaisie, tantôt pédagogique, tantôt artistique, peuvent lui faire trouver nombre de moyens pour rendre la démonstration compréhensible, vivante et amusante, à l'aide du dessin, du modelage, du jeu, etc.

Cette méthode s'est répandue dans beaucoup de pays, tout d'abord en Allemagne, puis simultanément en Hollande et dans les pays Scandinaves. Il existe même une ligue « Internationale Mensendieck Liga », qui a son siège à La Haye, et qui a pour but de propager la méthode. En France, où elle a fait son apparition depuis quelques années, elle est surtout employée pour le traitement des cas pathologiques, paralysies infantiles, scolioses, hémiplegies, athétoses, etc.

L. R.

**Introduction à l'étude de la fonction psychique de relation et de régulation**, par Henri ARTHUS. *Archives hospitalières*, n° 2, p. 53-68, janvier 1938.

L'analyse de M. Arthus se termine par un acte de foi dans l'avenir de la psychothérapie. Ce n'est pas parce que la rééducation, la réadaptation, l'analyse donneront des résultats très supérieurs aux lents progrès qu'elles permettent d'obtenir aujourd'hui, mais parce qu'elle deviendra une vraie science, empruntant son langage et ses méthodes à la biologie. Citons un exemple : une représentation mentale non traumatisante se reproduit quelques années plus tard et déclanche alors des accidents par le mécanisme de « l'anaphylaxie psychique ». Malgré cette tendance, la psychopathologie restera autonome, irréductible à un chapitre de la médecine organique.

P. CARRETTE.

**Régime alimentaire dans le traitement des affections mentales** (Régimen alimenticio en el tratamiento de las afecciones mentales), par Enrique Roxo. *Revista de Psiquiatría y Criminología*, n° 13, p. 11-20, janvier-février 1938.

Le professeur Roxo jette les bases d'une diététique psychiatrique dont l'importance apparaît chaque jour plus grande et dont l'application a été trop souvent négligée. A côté du régime déchloruré de l'épileptique, de la lutte contre l'hypertension dans les états artério-scléreux, des régimes de l'obésité, du rhumatisme et du diabète, il existe toute une série de mesures diététiques destinées à favoriser le calme dans la manie, à tonifier l'organisme dans les états dépressifs, à désintoxiquer les confus et les délirants. L'établissement du régime doit faire partie intégrante de tout essai de cure psychiatrique complète.

P. CARRETTE.



**Etiologie et traitement de l'énurésie**, par M.-P. BAIZE, Médecin assistant de l'Hospice des Enfants-Assistés (*La Médecine internationale*, décembre 1938).

Dans ce travail basé sur 87 cas, l'auteur, après avoir déclaré que l'énurésie apparaît essentiellement comme un trouble fonctionnel d'une thérapeutique incertaine, empirique, et trop souvent inopérante, rappelle comment doit se faire l'examen clinique et l'exploration systématique de tous les organes. Sicard considérait l'énurésie comme une manifestation paroxystique de l'hypervagotonie pelvienne, conception qui donne une base physiologique aux essais thérapeutiques.

M. Baize expose successivement les diverses thérapeutiques : traitement général (du tonus neuro-végétatif, du pH urinaire, endocrinien, spécifique, etc.), traitements locaux (interventions chirurgicales, infections périméales et périprostatiques, ponction lombaire), méthodes psychothérapiques. Toute énurésie qui résiste au traitement médical doit être soumise à l'examen d'un urologiste. L'intervention chirurgicale n'est indiquée qu'en cas de malformation lombo-sacrée avérée, chez le grand adolescent ou chez l'adulte.

Ne jamais oublier que l'évolution de l'énurésie est essentiellement capricieuse, et que, abandonnée à elle-même, dans la plupart des cas, elle guérit, tôt ou tard, spontanément.

R. C.

**Le traitement de l'encéphalite épidémique chronique par le procédé dit Bulgare**, par J. BOJYSOWICZ (*Rocznik Psychiatryczny*, T. XXXVI, 6 janvier 1939).

L'auteur rapporte les résultats qu'il a obtenus dans le traitement de l'encéphalite épidémique au moyen de *irfusum vini e radix belladonnae fervida parutum*. Il décrit la manière de préparer et d'appliquer ce remède ainsi que ses effets sur les différents symptômes de la maladie. En s'appuyant sur de nombreux cas traités, l'auteur arrive à la conclusion que le traitement de l'encéphalite épidémique chronique par le procédé dit bulgare, bien qu'étant une thérapeutique purement symptomatique, donne cependant des résultats meilleurs que tous les remèdes employés jusqu'à présent.

FRIBOURG-BLANC.

**Traitement des névralgies sciatiques par la méthode des injections locales**, par Paul DESCOMES et S. de SÈZE. *Archives hospitalières*, n° 3, p. 119-128, février 1938.

Les auteurs commencent par une injection paravertébrale qui permet l'infiltration des racines lombaires du sciatique puis ils pratiquent l'infiltration basse au niveau de la fesse, de la cuisse. Dans les cas rebelles ils ont recours à l'injection épidurale ou présacrée. Ils utilisent un dérivé de la novocaïne, le phénylpropionate, moins toxique, appelé la dunacaïne qu'ils associent à l'iode (iodazine) et au soufre (thiocarbamide) pour obtenir une analgésie profonde et durable.

P. CARRETTE.

**Etudes sur la transmission des sensations douloureuses par le nerf trijumeau. Contribution au traitement chirurgical de la névralgie faciale** (Studies on Pain Conduction in the Trigeminal Nerve. A Contribution to the Surgical Treatment of Facial Pain), par Olaf Sjöqvist. 1 vol., in-8°, 139 pages. *Acta Psychiatrica et Neurologica. Supplément XVII*, Mercator Tryckeri, Helsingfors, 1938.

Les fibres conductrices de la douleur dans la racine bulbo-spinale du trijumeau se répartissent dans toute sa longueur ; ce sont des fibres très fines et elles occupent 90 % de la racine sensitive. Au pôle inférieur de l'olive elles forment la totalité du faisceau ; on ne trouve plus de fibres du toucher. Les cas d'occlusion de l'artère cérébelleuse postéro-inférieure et de syringo-bulbie indiquent que le système sensitif dégénère de telle manière qu'il paraît se continuer, à partir du trijumeau, par des fibres venant du facial et du sympathique. Ces indications sont utiles à connaître pour le traitement opératoire. La section de la branche bulbo-spinale du trijumeau est une opération minutieuse. Elle doit se pratiquer au niveau des deux tiers caudaux de l'olive inférieure. Elle donne une analgésie et une thermo-anesthésie complètes ; parfois elle altère également la sensibilité profonde de la face. Si le dégagement du nerf est insuffisant, on risque de léser la branche voisine du vague, ce qui entraîne une paralysie unilatérale des cordes vocales. Le zona et les névralgies atypiques secondaires à la section de la racine sont parfois observés. Ils n'ont aucun rapport avec les voies sensitives du facial ; leur étiologie est nucléaire.

Une importante bibliographie de travaux sur les diverses sensibilités, les fonctions nerveuses et la chirurgie des nerfs craniens termine cet intéressant ouvrage.

P. CARRETTE.

**D'une nouvelle opération qui pourrait être efficace pour le traitement de certains états vasculaires du cerveau et de certaines maladies vasomotrices du membre supérieur**, par R. LERICHE. *Le Progrès médical*, n° 4, p. 113-115, 22 janvier 1938.

Le nerf vertébral, nerf de François Franck, conduit les vaso-constricteurs de l'artère vertébrale et transmet à la moelle les fibres sensitives venues de la région cardio-pulmonaire. Quand on pratique la stellectomie, on sectionne ses racines. L'intervention qui porterait directement sur celles-ci permettrait d'éviter les réactions douloureuses souvent imputables à la suppression du ganglion. L'action vaso-constrictive du nerf vertébral s'étend aux membres supérieurs et aux parties du corps qui ont le même régime artériel. Elle s'exerce donc sur le cerveau et la section du nerf vertébral peut diminuer l'hypertension des centres bulbo-protubérantiels dans certains cas pathologiques comme elle peut réduire le spasme dans la maladie de Raynaud et la sclérodermie. M. Leriche suppose qu'on pourrait même agir sur les arthrites cervicales chroniques et l'hypertonie de la maladie de Little.

P. CARRETTE.

**Le traitement de la migraine par le tartrate d'ergotamine. Résultat et mode d'action**, par Henri SCHAEFFER (*La Presse Médicale*, 14 janvier 1939).

Le tartrate d'ergotamine en injection est une remarquable médication curative de la céphalée migraineuse, qu'elle fait disparaître dans 90 % des cas environ. Il est sans action appréciable sur les autres céphalées.

Son mode d'action, sans doute complexe, est encore incertain. Son action analgésique est probablement accessoire. Au cours de la crise migraineuse, les branches terminales de la carotide externe, dures et craniennes, sont le siège de troubles vaso-moteurs qui irritent leur gaine sympathique et conditionnent la céphalée. L'ergotamine agit en modifiant ce désordre vaso-moteur, et, vraisemblablement, par une action vaso-constructive.

R. C.

**Qu'est-ce que le praticien peut demander à la chirurgie endocrinienne**, par G. JEANNENEY. *Le Progrès médical*, n° 6, p. 177-182, 5 février 1938.

Les hyperfonctionnements glandulaires relèvent de la chirurgie dans des cas bien définis : thyroïdectomie de la maladie de Basedow, parathyroïdectomie des polyarthrites, splanchnectomie des hypertensions malignes. D'autre part des insuffisances thyroïdiennes et ovariennes sont traitées avec succès par la greffe glandulaire correspondante. Les méthodes restent trop souvent empiriques par le fait des lacunes de nos connaissances sur la physiologie endocrinienne.

P. CARRETTE.

**La chirurgie thyroïdienne inutile**, par H. WELTI, chirurgien des hôpitaux de Paris, et Roland LEVEN (*Le monde médical*, 1<sup>er</sup> octobre 1938).

La thyroïdectomie subtotale, qui ménage une quantité suffisante de tissu thyroïdien bien innervé et bien vascularisé, est une merveilleuse intervention dans le traitement des véritables hyperthyroïdies.

Il en est ainsi, même lorsque l'hyperthyroïdie est compliquée de troubles psychiques ou associée à une lésion cardio-vasculaire ou à de l'hypertension artérielle. Par contre, chez les pseudo-basedowiens, l'intervention doit être rejetée et il importe d'écarter ces malades de tentatives chirurgicales pour le moins inutiles.

L. R.

**Les maladies des empreintes digitales chez les travailleurs et leur traitement**, par Leonidio RIBEIRO. *Archivos de Medicina legal e Identificação*, n° 15, p. X-XVI, janvier 1938.

La carte d'identité avec empreintes digitales est exigée au Brésil pour tous les actes de la vie civile. Or, la lèpre y est fréquente et elle provoque des mutilations des extrémités qui rendent impossible l'identification digitale. Les radiodermites et la sclérodermie offrent des dangers analogues. M. Ribeiro commande les mesures prophylactiques indispensables pour la protection des mains des ouvriers. Contre certaines dermatoses il a utilisé avec succès l'autohémothérapie suivie d'injections de calcium et d'hypo-sulfite.

P. CARRETTE.

# VARIETÉS

---

## SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

### Séances .

La *séance supplémentaire* du mois de MAI, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *jeudi 11 mai 1939*, à 9 heures 30 *très précises*, à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV<sup>e</sup> arrondissement), dans l'Amphithéâtre du Pavillon Magnan.

La *séance ordinaire* du mois de mai de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 22 mai 1939*, à 4 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (XIV<sup>e</sup> arrondissement).

La *séance supplémentaire* du mois de JUIN de la Société Médico-psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *jeudi 8 juin 1939*, à 9 heures 30 *très précises*, à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV<sup>e</sup> arrondissement), dans l'Amphithéâtre du Pavillon Magnan.

La *séance ordinaire* du mois de juin de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 26 juin 1939*, à 4 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI<sup>e</sup> arrondissement).

## HOPITAUX PSYCHIATRIQUES

### Nominations

M. le D<sup>r</sup> COUDERC est nommé médecin-chef à l'Hôpital psychiatrique de Vauclaire (Dordogne) ;

M. le D<sup>r</sup> MASSON est nommé médecin-chef à l'Hôpital psychiatrique de Sarreguemines (Moselle).

## RÉUNIONS ET CONGRÈS

### Groupement Belge d'Etudes Oto - Neuro - Ophtalmologiques et Neuro-Chirurgicales

Le Groupement Belge d'Etudes Oto-Neuro-Ophtalmologiques et Neuro-Chirurgicales a mis à l'ordre du jour de l'une de ses prochaines séances annuelles le sujet suivant : « *Recherche d'une sémiologie objective des troubles sensitivo-sensoriels dans les états dits hystériques.* »

Ont été désignés comme rapporteurs :

Troubles de la sensibilité : Professeur R. NYSSEN ;

Troubles de l'ouïe, de l'odorat, du goût : D<sup>r</sup> J. HELSMOORTEL ;

Troubles de la vision : Professeur Henri COPPEZ et D<sup>r</sup> Léon COPPEZ.

Les rapporteurs font appel à tous les médecins qui voudront bien apporter leur collaboration en contrôlant avec eux la valeur objective d'une série d'épreuves sur des malades atteints de surdité, cécité, anosmie, agueusie et anesthésie dites hystériques.

## LÉGISLATION

### Projet de loi portant révision de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés

#### EXPOSE DES MOTIFS (1)

MESSIEURS,

La loi du 30 juin 1838 sur les aliénés, base fondamentale de notre législation en la matière, a aujourd'hui cent ans d'existence. A la faveur de cette longue expérience, elle s'est montrée propre à satisfaire aussi complètement que possible au double but que s'étaient proposé ses auteurs : protéger la société, certes, mais aussi et surtout assister, soigner et protéger les aliénés.

Si excellente qu'ait été cette loi, il serait excessif d'affirmer qu'avec les transformations profondes que la société a subies depuis un siècle elle puisse encore aujourd'hui répondre à tous les besoins. Aussi, depuis près de soixante ans, divers projets ont-ils été élaborés pour remédier à ses insuffisances. Toutefois, la plupart des projets présentés apportaient de tels bouleversements à la loi que le Parlement a paru hésiter jusqu'ici à les accepter.

Il reste cependant incontestable que certains aménagements doivent être apportés de toute urgence ; aussi, nous sommes-nous proposé d'inscrire dans un projet de loi, à défaut de la refonte complète qui serait désirable, tout au moins quelques aménagements aussi urgents que rigoureusement indispensables pour adapter la loi aux circonstances actuelles.

Nous examinons ci-après successivement les diverses modifications envisagées.

#### A. — PLACEMENTS SPONTANÉS (OU AUTO-PLACEMENTS)

La loi de 1838 n'a prévu que deux catégories de placement :

1<sup>o</sup> les placements volontaires, qui restent, dans l'esprit de cette loi, le mode de placement le plus général et qui sont effectués, non comme on pourrait le croire, à la demande du malade lui-même, mais exclusivement à la demande de ses parents ou, à défaut, d'amis ;

2<sup>o</sup> le placement d'office effectué par l'autorité quand elle l'estime nécessaire pour la protection de la société.

(1) Ce projet, présenté au nom de M. le Président de la République, par M. Marc Rucart, M. Paul Marchandeau et M. Albert Sarraut, a été renvoyé à la Commission de la Santé publique. M. le Docteur Fié a été désigné comme rapporteur. Son rapport a été déposé le 31 mars 1939.



Il est donc légalement impossible à un malade isolé de se présenter lui-même à un établissement psychiatrique pour y être traité. L'expérience a montré que cette lacune était vraiment regrettable. L'article 8 *bis* de notre projet a pour objet de la combler.

#### B. — SERVICE D'OBSERVATION

Les nouvelles dispositions organisent la mise en observation des malades avant leur internement, pendant une durée convenable, et permettent au médecin-chef de décider, pour une même durée, une nouvelle mise en observation. L'importance de cette disposition réside en ce que le malade pendant la durée de l'observation n'est pas interné et continue à jouir de la plénitude de ses droits.

#### C. — SORTIES D'ESSAI

Cet article est un des plus importants du projet de loi. Il aura pour effet, espérons-nous, de décongestionner la plupart des hôpitaux psychiatriques actuellement surencombrés et permettre ainsi d'y traiter nombre de malades qu'il est regrettable, tant pour eux-mêmes que pour la protection de la société, de laisser sans soins, faute de place dans les établissements.

L'expérience montre que les médecins, et plus encore les autorités, hésitent à prononcer la libération d'un malade, tant qu'il ne leur paraît pas établi que l'interné est complètement guéri. Dans plusieurs départements même, les autorités, pour plus de garantie, refusent parfois des sorties de malades internés d'office et déclarés guéris par le médecin-chef.

Les sorties d'essai instituées par notre projet permettront, comme leur nom l'indique, même quand il n'y a pas certitude de guérison, de libérer provisoirement un malade qui n'est pas susceptible de créer un danger pour l'ordre public, pour une durée maxima de trois mois. A l'issue de cette période, si le malade n'a donné aucun signe de troubles, il sera considéré comme définitivement libéré.

#### D. — ARTICLES DIVERS. — PROTECTION DES BIENS

Le projet supplée, par divers articles, à l'insuffisance de la loi de 1838 en ce qui concerne la protection des biens du malade. C'est que cette protection, si elle a été convenablement assurée dans les établissements publics, a été insuffisante dans les établissements privés.

Sans instituer, pour les établissements privés, une rigoureuse gestion des biens des malades, la nouvelle loi donne toutes facilités pour assurer cette gestion et l'entoure de toutes les garanties nécessaires, non seulement pour l'interné lui-même, mais encore pour les tiers.

#### E. — CRÉATION DE SERVICES OUVERTS

L'expérience a montré que bien des malades, encore au stade nerveux, pourraient éviter une affection mentale s'ils étaient soignés à temps. Mais les familles et les individus hésitent, et cela est compréhensible, devant l'internement et la demi-déchéance qu'il comporte, à procéder à des soins préventifs.

La création de services ouverts, rigoureusement séparés des services d'internement, où les malades seront libres et pourront, à n'importe quel moment, recouvrer leur liberté de leur propre initiative, permettra de remédier à cette situation.

Telles sont les dispositions essentielles du projet que nous vous demandons d'adopter.

Leur simple énoncé montre leur importance et leur urgence. Certes, la loi ainsi remaniée ne sera pas encore aussi complète qu'il serait souhaitable, mais telle quelle, elle apportera une amélioration notable et précieuse au régime actuellement en vigueur.

Le nombre croissant des aliénés, la quasi-impossibilité de les traiter à temps ou de les guérir par suite de l'insuffisance des hôpitaux psychiatriques existants, posent de graves problèmes d'humanité et de protection sociale. Le projet que nous vous soumettons s'est efforcé de les résoudre ; nous espérons, Messieurs, que si vous voulez bien l'adopter, il conservera à notre pays son rôle de guide dans l'avenir comme il l'a été dans le passé, pour une législation des malades mentaux, sans cesse plus efficace, plus généreuse et plus humaine.

### PROJET DE LOI

Le Président de la République française,

Décète :

Le projet de loi dont la teneur suit sera présenté à la Chambre des Députés par le Ministre de la Santé publique, par le Garde des Sceaux, Ministre de la Justice, et par le Ministre de l'Intérieur, qui sont chargés d'en exposer les motifs et d'en soutenir la discussion.

#### *Article premier*

Les articles 8, 11, 12, 14, 18, 24, 29, 31, 35 et 37 de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés sont modifiés ainsi qu'il suit :

« ART. 8. — Avant le dernier alinéa de cet article il est inséré l'alinéa suivant :

« Toute personne majeure et non interdite pourra être admise, sous forme de placement spontané, sur sa propre demande accompagnée d'un certificat médical délivré dans les mêmes conditions que celles indiquées ci-dessus, et d'une pièce d'identité.

« ART. 11. — Quinze jours après le transfert au service d'internement d'une personne dans un établissement public ou privé, il sera adressé au Préfet, conformément au dernier paragraphe de l'article 8, un nouveau certificat du médecin de l'établissement ; ce certificat confirmera ou rectifiera, s'il y a lieu, les observations contenues dans le premier certificat en indiquant le retour plus ou moins fréquent des accès ou des actes de démence.

« ART. 12, alinéa premier. — Il y aura dans chaque établissement un registre coté et paraphé par le maire sur lequel seront immédiatement inscrits les noms, profession, âge et domicile des personnes placées dans les établissements, la mention du jugement d'interdiction, si elle a été prononcée, et le nom de leur tuteur ; la date de leur placement, les noms, profession et demeure de la personne parente ou non parente qui l'aura demandé. Seront également transcrits sur ce registre : 1° le certificat du médecin joint à la demande d'admission ; 2° ceux que le médecin de l'établissement devra adresser à l'autorité, conformément aux articles 8, 8 *bis*, 10 *bis* et 11.

« ART. 14. — Avant même que les médecins aient déclaré la guérison, toute

personne placée dans un établissement d'aliénés cessera d'y être retenue dès que la sortie sera requise par l'une des personnes ci-après désignées, savoir :

- « 1° Le curateur nommé en exécution de l'article 38 de la présente loi ;
- « 2° L'époux ou l'épouse ;
- « 3° S'il n'y a pas d'époux ou d'épouse, les ascendants ;
- « 4° S'il n'y a pas d'ascendants, les descendants ;
- « 5° Le tuteur, en cas de minorité ou d'interdiction ;
- « 6° La personne qui aura signé la demande d'admission, à moins qu'un parent ou que le tuteur n'ait déclaré s'opposer à ce qu'elle use de cette faculté sans l'assentiment du Conseil de famille ;
- « 7° Toute personne à ce autorisée par le Conseil de famille.

« S'il résulte d'une opposition notifiée au chef de l'établissement par un ayant-droit qu'il y a dissentiment, soit entre les ascendants, soit entre les descendants, le Conseil de famille appréciera.

« Néanmoins, si le médecin de l'établissement est d'avis que l'état mental pourrait compromettre l'ordre public et la sûreté des personnes, il en informera aussitôt, par un certificat motivé, le Préfet qui pourra ordonner immédiatement un sursis provisoire. Le Préfet devra, dans la quinzaine, prendre une décision de sortie conformément à l'article 16, ou une décision de maintien sous forme d'internement d'office, conformément à l'article 21. Les ordres du Préfet seront transcrits sur le registre tenu en exécution de l'article 12.

« ART. 18, alinéa 2. — Les ordres des Préfets seront motivés et devront énoncer les circonstances qui les auront rendus nécessaires. Ces ordres, ainsi que ceux qui seront donnés conformément aux articles 19, 19 *bis*, 20, 21 et 23, seront inscrits sur un registre semblable à celui qui est prescrit par l'article 12 ci-dessus, dont toutes les dispositions seront applicables aux individus placés d'office.

« ART. 24, alinéa premier. — Les hospices et hôpitaux civils seront tenus de recevoir, pendant un délai maximum de quatre jours, les personnes qui leur seront adressées en vertu des articles 18 et 19 jusqu'à ce qu'elles soient dirigées sur l'établissement spécial destiné à les recevoir, aux termes de l'article premier, ou pendant le trajet qu'elles feront pour s'y rendre.

« ART. 29, alinéa premier. — Toute personne placée ou retenue dans un établissement d'aliénés, son tuteur, si elle est mineure ou interdite, son curateur, tout parent ou ami, pourront, à quelque époque que ce soit, se pourvoir devant le Tribunal du lieu de la situation de l'établissement qui, après les vérifications nécessaires, ordonnera, s'il y a lieu, la sortie immédiate.

« L'alinéa 3 de cet article est supprimé.

« ART. 31. — Le premier alinéa de cet article est complété par la disposition suivante :

« Pourvu du mandat spécial prévu à l'article 33, il pourra se joindre aux autres intéressés pour saisir le Tribunal civil par voie de requête collective tant de la demande en partage et licitation, conformément aux dispositions de l'article 822 du Code civil, que de la demande en homologation de l'état liquidatif, conformément aux dispositions de l'article 981 du Code de procédure civile.

« ART. 35. — Les significations à faire à la personne non interdite placée dans un établissement d'aliénés seront faites dans tous les cas à l'administrateur provisoire.

« Celles relatives aux questions d'état de la personne seront faites à la fois à l'administrateur provisoire et à l'aliéné lui-même, sauf, pour ce dernier, déclaration d'opposition du médecin traitant à l'officier ministériel chargé de faire la signification.

« Il n'est point dérogé aux dispositions de l'article 173 du Code de commerce.

« ART. 37, alinéa 2. — Les pouvoirs conférés par le Tribunal en vertu des articles 32 et 32 *bis* cesseront de plein droit à l'expiration d'un délai de trois ans ; ils pourront être renouvelés.

« L'alinéa 3 de cet article est supprimé. »

### Article II

La loi du 30 juin 1838 sur les aliénés est complétée par les dispositions suivantes qui formeront les articles 8 *bis*, 10 *bis*, 16 *bis*, 19 *bis*, 24 *bis*, 32 *bis*, 32 *ter*, 36 *bis*, 42 et 43 de cette loi :

« ART. 8 *bis*. — Il y aura dans chaque établissement psychiatrique un service destiné à l'observation de tous les malades entrants.

« Tout placement sera d'abord provisoire. Le certificat de vingt-quatre heures, délivré conformément à l'article 8, par le médecin du service d'observation, conclura à la sortie, à l'internement proprement dit ou à la mise en observation.

« Dans ce dernier cas, le médecin de ce service établira, dans un délai maximum de quinze jours, un certificat concluant à la sortie ou à l'internement proprement dit.

« Ce certificat sera, comme le précédent, aussitôt envoyé au Préfet.

« ART. 10 *bis*. — Dans les vingt-quatre heures du transfert du malade au service d'internement le médecin rédigera un certificat qui sera aussitôt adressé au Préfet.

« ART. 16 *bis*. — Sur la demande écrite d'un parent ou d'un ami autorisé, s'il y a lieu, par la famille, et sous leur responsabilité, une sortie d'essai pourra être accordée par le médecin de l'établissement pour une durée maximum de trois mois, et notifiée au Préfet par l'intermédiaire du Directeur.

« Durant la sortie d'essai, et jusqu'à l'expiration du délai fixé, le malade pourra toujours réintégrer l'établissement psychiatrique, sans autres formalités.

« A l'expiration du délai de trois mois, la sortie sera définitive.

« Les dispositions de l'article 39 ne sont pas applicables aux actes faits par le malade pendant la sortie d'essai.

« Les dispositions prises pour la protection des biens du malade seront maintenues pendant la sortie d'essai.

« ART. 19 *bis*. — Le service d'observation prévu à l'article 8 *bis* recevra également tous les malades placés d'office.

« Les dispositions prévues à l'article 8 *bis* sont également applicables aux placements d'office.

« Lorsque le médecin du service d'observation aura conclu, soit à la sortie, soit à l'internement proprement dit des malades maintenus en observation, le Préfet prendra soit un arrêté de sortie, soit un arrêté confirmant l'internement.

« ART. 24 *bis*. — Sur la demande écrite d'un parent ou d'un ami autorisé s'il y a lieu par la famille, et sous leur responsabilité, une sortie d'essai pourra être accordée pour une durée maximum de trois mois.

« La sortie sera prononcée par le Préfet, après avis du médecin.

« La personne qui aura demandé la sortie du malade indiquera la résidence choisie pour ce dernier, ainsi que le médecin chargé de le visiter tous les quinze jours au moins, et de dresser, après chaque visite, un certificat destiné au Préfet.

« Durant la sortie d'essai, le malade pourra toujours réintégrer l'établissement psychiatrique, sans autres formalités.

« A l'expiration du délai de trois mois, l'arrêté définitif de sortie sera pris par le Préfet sur le vu du certificat du médecin ci-dessus désigné.

« Les dispositions de l'article 16 *bis*, alinéas 4 et 5, sont applicables à ces sorties d'essai.

« ART. 32 *bis*. — Un ou plusieurs administrateurs provisoires communs seront désignés par le Tribunal de première instance, pour une période de trois ans renouvelable à l'effet de gérer les biens des malades internés dans les établissements privés situés dans le ressort de ce Tribunal.

« Sur la demande du Procureur, le Tribunal pourra, au moment de cette désignation, constituer sur les biens de ces administrateurs une hypothèque conformément aux dispositions des alinéas 2 et 3 de l'article 34 de la loi du 30 juin 1838.

« A moins que la gestion du patrimoine de l'intéressé ne soit déjà assurée par la loi, l'administrateur désigné sera saisi par simple demande, soit des parents ou des époux, soit du Procureur de la République.

« Les parents, l'époux ou l'épouse, ainsi que le Procureur de la République, pourront toujours demander la nomination d'un administrateur provisoire particulier dans les formes et conditions prévues à l'article 32 de la loi du 30 juin 1838.

« ART. 32 *ter*. — L'administrateur provisoire commun ou particulier aura les pouvoirs spécifiés aux articles 31 et 32 de la loi du 30 juin 1838, 8 de la loi du 27 février 1880, 15 du décret-loi du 8 août 1935 sur l'expropriation publique et dans toutes autres lois.

« ART. 36 *bis*. — L'administrateur provisoire judiciaire, commun ou particulier, devra rendre compte devant le Tribunal, annuellement, ainsi qu'au moment du renouvellement de ses pouvoirs et à la fin de sa gestion.

« ART. 42. — Des services ouverts, complètement séparés des services d'internement, seront installés en annexe des hôpitaux psychiatriques, en vue du traitement en cure libre, et sur leur consentement, des malades dont l'état mental ne nécessite pas de surveillance spéciale.

« Un décret d'administration publique déterminera les modalités d'application de cet article, et le fonctionnement de ces services.

« ART. 43. — Les médecins des hôpitaux psychiatriques assureront le fonctionnement des consultations externes des dispensaires d'hygiène mentale créés dans chaque département, même lorsqu'elles seront organisées en dehors des locaux de ces hôpitaux. »

Fait à Paris, le 16 février 1939.

Signé : Albert LEBRUN.

---

Le Rédacteur en chef-Gérant : René CHARPENTIER.

---

Imprimé par Imp. A. COUESLANT (personnel intéressé)  
à Cahors (France). — 58.258



# ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

---

## MÉMOIRES ORIGINAUX

---

### LE CENTENAIRE DE LA LOI FRANÇAISE DU 30 JUIN 1838

*Ce qu'en pense un étranger*

PAR

CARLO FERRIO (1)

Aucun de ceux qui se sont occupés de régler par des lois l'assistance aux aliénés ne peut ignorer la loi française du 30 juin 1838. On conçoit donc que, soit en France, soit en d'autres pays, l'attention des psychiatres, des juristes, des sociologues soit appelée à souligner le centenaire de cette loi pour apprécier tout le bien qu'elle a fait et qu'elle pourrait faire si elle était refondue conformément aux idées d'assistance et aux préoccupations juridiques actuelles.

Nous pensons qu'il ne déplaira pas aux confrères français qu'un étranger qui s'intéresse tout particulièrement aux problèmes de l'assistance psychiatrique exprime dans cette Revue ce

(1) Par la publication de ce mémoire inédit du professeur agrégé M. Carlo FERRIO, Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique de Turin, il nous a paru intéressant de faire connaître, aux lecteurs des *Annales Médico-Psychologiques*, « ce que pense un étranger » de la loi française du 30 juin 1838 sur les aliénés et, en général, des règles qui devraient actuellement régir l'assistance psychiatrique. (Note de la Rédaction).

qu'il pense de la loi française du 30 juin 1838, de celle aussi qui devra bien la remplacer un jour. En exposant son opinion de technicien, il fera des comparaisons fréquentes avec la loi italienne du 14 février 1904, qui lui est plus familière, et qui est aussi, bien que très indirectement, dérivée de la loi française.

Ce faisant je n'ai en vue que le désir d'exprimer ma façon de voir toute personnelle et je ne prétends nullement dire des choses originales qui n'aient pas été dites déjà par d'autres. Je me rends parfaitement compte au contraire que plusieurs des questions que je vais aborder ont été déjà discutées et même résolues par les collègues français et même que quelques-unes de ces solutions ont été déjà adoptées dans les derniers projets de revision. Au cours de l'année 1938, à l'occasion du centenaire de la loi, beaucoup de personnalités compétentes ont écrit, tant en France qu'à l'étranger, sur la révision de la loi, et les *Annales médico-psychologiques* ont beaucoup contribué à la discussion. J'aurai même l'occasion de citer dans mon exposé quelques-unes de ces intéressantes contributions.

Je commence par des *observations générales*.

La première impression que reçoit celui qui examine la loi avec un esprit de technicien est celle d'une bureaucratisation extrême, d'un enchevêtrement vraiment poussé de toute disposition ou mouvement que veulent faire les fonctionnaires chargés de l'assistance aux aliénés, les malades mêmes ou les membres de leurs familles. Simplifier tout cet encombrement bureaucratique en rendant plus schématiques, en simplifiant les dispositions de la loi et en englobant, dans la loi même et dans un règlement unique annexé à la loi, toute la masse de dispositions faisant actuellement partie de règlements, décrets, circulaires, règles de jurisprudence, etc., voilà un but auquel, je le pense, tous, qu'ils soient ou non psychiatres, se rallieront, lorsqu'il s'agira de rédiger la nouvelle loi.

Un but essentiel serait d'établir comme principe de la législation future la conception de l'assistance au malade mental, conception qui comprend le traitement proprement dit du malade et la défense de celui-ci, ainsi que de la société, contre les conséquences de la maladie. Rédigée dans un moment où les passions politiques étaient particulièrement vives, et où la psychiatrie, bien que cette science eût déjà bénéficié de l'œuvre de Pinel et d'Esquirol, était encore au berceau, la loi de 1838 a visé spécialement la sauvegarde de la société contre les conséquences violentes de la folie et plus encore celle de la personne contre le danger

d'un attentat à la liberté individuelle (1). Ce danger, exagéré par la presse politique de ce temps et même de temps plus rapprochés, à la suite des fameuses « affaires de Charenton » de 1827 et de 1860 et de plusieurs autres, s'est montré ensuite, aux yeux de tous les observateurs compétents et sans préjugé, comme pratiquement inexistant.

Il faut avouer que la lettre de la loi porte un peu trop la marque de la défense contre l'attentat à la liberté individuelle, ce qui néanmoins n'a pas empêché les psychiatres français, secondés dans leurs efforts par des fonctionnaires et des magistrats intelligents, de donner à la loi une interprétation vraiment humaine et rationnelle. Ceux qui, dans la loi de 1838, n'ont vu qu'une loi de police ont certainement exagéré. Je pense cependant que tous ceux qui considèrent que dans cette loi les principes généraux d'assistance sont un peu trop négligés, de même que la défense de l'individu contre les conséquences de sa maladie mentale, ont tout de même raison.

Ainsi, il est surprenant que dans toute la loi il ne soit pas soufflé mot du danger de l'aliéné envers soi-même et qu'on y parle seulement de troubles « de l'ordre public et de la sûreté des personnes » (art. 18). Les médecins et les fonctionnaires expérimentés n'ont certainement pas manqué de joindre aux personnes dont la sûreté est compromise par une maladie mentale, la personne du malade lui-même, mais il est évident qu'il eût été bien plus simple, clair et... paisible que la loi parle de danger envers soi-même.

D'autre part, nous tous, comme psychiatres et comme hommes, nous savons très bien que le mot « danger » doit être entendu dans un sens très large. N'est pas seulement dangereux envers soi-même celui qui a la tendance au suicide, mais aussi celui qui, par une grave infirmité mentale par exemple, s'expose continuellement, d'une façon vraiment morbide, au danger d'être tamponné par un véhicule toutes les fois qu'il sort sur la voie publique, ou bien d'être escroqué ou volé toutes les fois qu'il manie de l'argent ou qu'il est approché par des personnes sans aveu, ou bien encore de souffrir par défaut d'aliments n'étant aucunement capable de se les procurer. Des cas semblables, bien connus et familiers à tout psychiatre, doivent figurer parmi les « dangers envers soi-même » et doivent bénéficier des avantages de l'asile.

(1) « Essentiellement protectrices de la liberté individuelle, les dispositions de la loi ont été adoptées afin d'assurer à cette liberté toutes les garanties désirables. » (Circulaire du 30 juin 1840).

Il ressort de ces considérations qu'énoncer dans la nouvelle loi le principe du danger envers soi-même serait mettre d'accord une bonne fois le clinicien et le magistrat, tant dans l'esprit que dans la lettre de la loi. Du reste l'expérience nous a prouvé que dans les pays dans lesquels la condition « sine qua non » requise pour l'admission dans un asile d'aliénés est représentée par le risque de danger (état dangereux) envers soi-même ou les tiers, comme l'Italie (« pericoloso a se o agli altri ») et l'Allemagne (« gefährlich gegen sich oder die anderen »), la liberté personnelle n'est pas moins protégée qu'ailleurs (1). L'idée de danger envers soi-même ou les tiers par cause d'infirmité mentale doit être envisagée en un sens très large et doit embrasser aussi le « scandale public » qui, au fond, n'est qu'une forme de danger envers les tiers. Cette idée, dis-je, devrait être le pivot de toute la loi sur les aliénés et même la condition nécessaire pour que tout individu tombe sous le glaive de toute loi se référant au régime des aliénés dans n'importe quel pays et puisse et doive être admis dans un hôpital psychiatrique fermé, c'est-à-dire privé de sa liberté même contre sa propre volonté et confié, même par contrainte, aux psychiatres. Nous savons tous parfaitement que la conception du « danger » est considérée différemment par les psychiatres, les criminologues, les magistrats, les juristes ; aussi cette conception prête-t-elle à discussion. Mais nous savons également que le risque de danger pour cause de maladie mentale est une conception assez claire et assez simple pour être saisie de façon univoque par les psychiatres et par les juristes.

Il faut donc reconnaître que seul celui qui est dangereux à soi-même ou aux tiers doit être interné dans un hospice d'aliénés, c'est-à-dire dans un hôpital dans lequel on peut être admis par des moyens coercitifs et que l'on appelle en langage technicien « fermé » par opposition à l'hôpital pour malades mentaux non dangereux, que l'on appelle « ouvert » (2).

Ce principe bien établi, il me semble superflu et hors de propos de ranger dans des catégories à part les toxicomanes, les alcool-

(1) La « Nouvelle loi de la République et du Canton de Genève sur le régime des personnes atteintes d'affections mentales » parle de « malades dont l'état mental est de nature à compromettre la sécurité, la décence ou la tranquillité publique ou leur propre sécurité ». (*Annales médico-psychologiques*, t. II, n° 2, p. 360, 1936).

(2) La loi de 1838 ne parle pas d'« hôpital ou service fermé » terme moderne, mais parle d'asiles d'aliénés, de quartiers d'hospices et d'établissements d'aliénés et laisse clairement comprendre que, sous ces termes, il faut englober les hôpitaux où l'on entre et d'où l'on sort non spontanément et toujours à la suite de formalités administratives ou judiciaires.

ques, les phrénasthéniques, etc., s'ils sont dangereux et comme tels à interner dans un « hôpital fermé ». Nous savons d'ailleurs que tout toxicomane est habituellement un anormal mental même avant de s'intoxiquer (« Ne devient pas toxicomane qui veut ! » Voir la thèse de Bussel : *L'état mental des toxicomanes*, Paris, 1936), de façon que les distinctions de ce genre ont une base théorique moindre, peu d'importance pratique et, par-dessus le marché, l'inconvénient de se prêter à des équivoques. Il n'y a personne qui conteste l'opportunité de créer des hôpitaux spécialisés pour les alcooliques et les cas analogues ; la seule chose à combattre est la tendance à faire pour les malades mentaux une autre distinction légale que celle entre « dangereux » et « non dangereux ».

Etant admis comme principe essentiel de toute assistance coercitive aux malades mentaux la condition du risque de danger envers soi-même et les tiers, posons-nous la question : comment doit se faire le placement de ces malades dans les hôpitaux qui leur sont destinés ?

La première remarque qui se dégage de l'examen des formalités de mouvement de la loi de 1838 est la suivante : Comment se fait-il que dans les hôpitaux envisagés par la loi on trouve aussi bien des individus entrés « volontairement », pour lesquels est reconnue la « nécessité d'hospitaliser la personne dans une maison d'aliénés et de l'y tenir enfermée », que des individus « placés d'office », pour lesquels est reconnue au contraire « la nécessité de l'hospitalisation à cause de l'état mental qui compromet l'ordre public et la sûreté des personnes » ? En quoi diffèrent ces deux conditions posées par la loi pour le placement si, une fois admis, les malades se trouvent dans le même milieu, sujets en toute occasion aux mêmes dispositions de loi ou de règlement et ne sont placés dans des conditions différentes que pour les modalités de sortie ?

Remarquons en outre que dans le « *placement volontaire* » ne joue aucun rôle la volonté de la personne à hospitaliser, comme pourrait le faire supposer le mot « volontaire », mais bien la volonté d'une autre personne, un parent, un tuteur ou un étranger quelconque. N'avons-nous pas ici une contradiction et une situation qui semble faite exprès pour donner raison à celui qui s'obstinerait à croire que les établissements psychiatriques sont disposés à séquestrer arbitrairement, toutes les fois que bon leur semble, des individus qui ne présentent pas la condition de danger, mais seulement la condition beaucoup moins claire de la « nécessité de les faire traiter et de les tenir enfermés » ?



Aucun de nous n'ignore qu'un malade mental peut être conscient d'être malade et même dangereux à soi-même et aux tiers et, comme tel, désirer être placé dans un lieu convenable pour le traitement. L'admission volontaire, pour être vraiment telle, ne doit donc dépendre que de la volonté seule du malade, et pour être rapide et facile doit pouvoir avoir lieu sans présentation d'aucun papier. Une déclaration écrite par le malade qui veut être hébergé (placé) semble même superflue. Quelle valeur pouvons-nous donner à la déclaration écrite d'un individu qui affirme avoir le cerveau détraqué et est jugé tel par le médecin psychiatre qui le reçoit dans son service et qui (du moins avec assez de probabilités) sera ensuite reconnu effectivement malade par le diagnostic du médecin après une observation clinique convenable ? Il va sans dire encore que, même si ce n'est pas nécessaire, le médecin d'hôpital agréera toujours tout document clinique (par exemple des certificats ou des observations cliniques de médecins traitants) que le malade désireux d'être interné à l'hôpital psychiatrique voudra bien présenter pour mettre au jour sa propre anamnèse.

Un point de direction qui ne devrait jamais être perdu de vue pour tout ce qui concerne l'internement dans les hôpitaux d'aliénés est le suivant : la santé de tout individu dans la société moderne est un bien qui appartient non pas seulement à l'individu, mais à toute la nation ; il est par conséquent de l'intérêt même de la société que quiconque est malade (de n'importe quelle maladie) se soigne au mieux et aussi vite que possible. Dans le cas de maladies mentales avec danger, l'avantage que tire la société de l'élimination de l'individu de son sein est un point de la plus grande importance. Cela nous amène à conclure que toutes les admissions, et non seulement les placements volontaires, doivent être favorisées par tous les moyens et ne doivent pas être entravées par des limitations bureaucratiques superflues. Il faudrait aussi supprimer toute obligation de rédaction de documents sur papier timbré, légalisation de signatures, enregistrement, etc., et enfin abolir la distinction entre le « placement volontaire » (Art. 8) et le « placement volontaire gratuit » (Art. 25, paragraphe 2). La possibilité ou la volonté de payer les frais d'hospitalisation doivent passer en seconde ligne par rapport à la nécessité de se soigner, et celui qui entre dans un hôpital psychiatrique de son gré (parce que « dangereux ») doit être placé, quant aux conséquences financières, au même niveau que celui qui y entre par coercition.

La nouvelle loi suédoise sur les aliénés (1931) facilite les pla-

cements par tous les moyens, et c'est là un point principal sur lequel repose la loi. En Italie, l'admission volontaire dans les hôpitaux psychiatriques se pratique depuis 34 ans sans aucune formalité, sur le simple pouvoir discrétionnaire du directeur d'hôpital, qui doit s'assurer : que l'individu qui fait une demande de placement est présumé être un malade mental dangereux (pour autant qu'un diagnostic de ce genre soit possible après une visite d'ensemble) et que le placement est urgent. Bien entendu, le directeur qui accepte un malade entrant volontairement doit s'assurer de son identité personnelle et — autant qu'il le peut — s'assurer que ce malade ne simule pas une maladie mentale pour se procurer une excuse s'il a à rendre compte à la justice de quelque infraction pénale, ou bien pour se procurer un logis convenable en cas de chômage « et similia ». De toute façon, puisque l'individu admis volontairement se trouvera après l'admission sujet à une période d'observation comme tout autre individu, on aura toujours bien le temps de contrôler le premier diagnostic et, éventuellement, de le rectifier. Ce procédé n'a jamais présenté d'inconvénients de quelque importance ; dans plusieurs hôpitaux psychiatriques italiens, il se pratique largement. Il est entendu qu'il sera maintenu dans la future loi italienne, et il est même probable qu'il sera encore simplifié davantage et étendu en abolissant la clause « en cas d'urgence absolue » (Art. 53 de la loi italienne).

Je conclus donc que l'art. 22 (« Placement par le malade lui-même ») du dernier projet Strauss devrait être adopté mais simplifié (abolir la demande d'admission, abolir la distinction pour les toxicomanes) et devrait remplacer complètement la disposition de l'art. 9 et suivants (Placements volontaires et spontanés).

Quels documents sont requis pour le *placement d'office* (admission forcée, c'est-à-dire non volontaire) ?

Il tombe sous le sens — du moins pour nous médecins — que toutes les pièces qui n'ont qu'une valeur administrative et demandent un certain laps de temps pour être rédigées, ne doivent pas être exigées au moment de l'admission, mais peuvent être requises et envoyées d'office ensuite. Car, aucune entrave bureaucratique superflue ne doit empêcher que l'admission d'un malade mental (malade dangereux) soit faite dans le plus bref délai possible.

Que devons-nous penser de l'arrêté préfectoral « requis pour le placement d'office par l'article 18 de la loi de 1838 » ? Certains psychiatres voudraient que l'admission à l'hôpital psychiatrique fût faite aussi pour les malades non consentants, c'est-à-dire non

volontaires, sans aucune formalité de police ou judiciaire. Nous ne poussons pas les choses aussi loin, parce que nous nous rendons compte parfaitement que priver un individu de sa liberté personnelle contre son gré ne peut être la tâche de médecins, fussent-ils d'une compétence et d'une droiture morale au-dessus de tout soupçon. Une tâche de ce genre sera toujours du ressort des fonctionnaires de police ou des magistrats ; aussi pensons-nous que l'arrêté préfectoral doit être maintenu. Mais ne serait-il pas possible qu'un tel document fût dressé non seulement par le préfet, mais aussi par le maire ou par le commissaire de police ?

Et le Procureur de l'Etat devra-t-il aussi intervenir ? Pour les raisons que j'exposerai par la suite, je suis d'avis que l'intervention du Procureur de l'Etat est superflue au moment de l'admission du malade à l'hôpital, et nécessaire seulement plus tard ; c'est-à-dire, en d'autres termes, que pour protéger l'individu contre le danger d'admission non justifiée, l'arrêté du préfet (ou du maire ou du commissaire de police) émis après un certificat médical, rédigé de la façon que nous allons voir, suffira largement.

Dans ce certificat médical, faudra-t-il affirmer catégoriquement l'état dangereux dérivant d'une maladie mentale ? Puisqu'il s'agit d'un état dangereux présumé, et qui devra être confirmé ou non ensuite par le médecin d'hôpital lors de la période d'observation, il serait peut-être profitable que le médecin certifiant exprime la nécessité de placer l'individu en observation pour soupçon de maladie mentale avec état dangereux. A ce propos, il est intéressant de rappeler ce que prescrit la nouvelle loi suédoise, au sujet de laquelle M. Petré dit : « Da sich jedoch bei einer zufälligen Untersuchung nicht immer mit Sicherheit entscheiden lässt, ob Geisteskrankheit vorliegt oder nicht, hat die Polizeibehörde auch das Recht erhalten, zu bewerkstelligen, dass ein Individuum aus dessen Auftreten offensichtlich hervorgeht, dass er der persönlichen Sicherheit anderer oder seinem eigenen Leben gefährlich ist, zwecks Beobachtung ins Irrenhaus aufgenommen werde. Dem diesbezüglichen Ansuchen soll doch beiliegen : teils das Polizeiverhörprotokoll, das die Umstände darlegt, die das Ansuchen verursacht haben, teils ein ärztliches Zeugnis, laut des von der Medizinalverwaltung festgestellten Formulars, d.h. ein sog. Observationsattest, worin bestätigt wird, dass « Anlass zur Annahme besteht », dass der betreffende geisteskrank ist. » (« Das neue schwedische Irrengesetz ». *Allg. Zeitschrift f. Psychiatrie*, Bd. 94, 1931, p. 454).

Suivant notre façon de voir, le médecin qui rédigera le certificat devrait être tenu d'affirmer non seulement que l'individu est

un malade mental dangereux ou du moins nécessitant une mise en observation, mais il devrait être tenu aussi d'exposer les symptômes et les manifestations cliniques de la maladie sur lesquels il s'est appuyé pour son diagnostic, mais encore de faire ressortir toutes les notes cliniques et anamnestiques dont il peut disposer. Nous savons très bien qu'une disposition de ce genre peut rencontrer de fortes résistances dans un pays tel que la France, où le secret professionnel est entendu d'une façon très stricte. Personne cependant ne voudra contester que le médecin d'hôpital qui prend en traitement le malade nouvellement admis, en parcourant le certificat rédigé comme nous venons de le dire (une copie de ce certificat devra lui être remise au moment de l'admission) pourra plus rapidement et plus exactement faire le diagnostic et le traitement du malade.

Il y aurait là un tel avantage qu'il peut motiver une exception tout à fait justifiée au secret professionnel tel qu'il est entendu à ce jour par les médecins français. Mais nous, forts de notre expérience de la vie à l'hôpital psychiatrique, nous pensons que le médecin chargé du traitement du malade nouvellement arrivé devrait avoir connaissance non seulement du certificat médical rédigé comme il est dit ci-dessus, mais aussi de tous les rapports de police ou des autres autorités qui ont trait en quelque façon au malade. Nous savons tous que, très souvent, les manifestations les plus bruyantes de la maladie sont plus connues des membres de la famille et des autorités de police que du médecin qui est appelé à rédiger le certificat (vagabonds, ivrognes, épileptiques trouvés sur la voie publique, etc.) ; dans ces cas le rapport de la police peut être aussi utile pour les conséquences de diagnostic qu'un exposé détaillé des symptômes cliniques relevés par le médecin qui a rédigé le certificat. Pour la même raison toutes les autorités, sans exception, et l'entourage même, devraient, de par la loi, être obligés à fournir au médecin de l'hôpital psychiatrique, sur simple requête, toutes informations sur le compte du malade susceptibles de présenter un intérêt clinique.

Au sujet de l'admission, je voudrais dire encore que toute distinction entre placement urgent et non urgent me semble tout à fait hors de propos. Puisque le certificat médical doit certifier un état dangereux présent et non futur, aussitôt que le médecin a constaté que celui-ci est en acte, il ne sera jamais trop tôt d'intervenir avec le placement : par conséquent, toute distinction fondée sur l'urgence ne saurait être justifiée (1). Et afin d'être consé-

(1) La loi italienne envisage bien un placement d'urgence et un placement ordinaire. En Italie, cependant, la conviction est unanime que cette distinction devra être supprimée dans la loi future.



quents avec nous-mêmes, nous devons également reconnaître que le terme de validité du certificat est trop long. Trois, quatre, cinq jours au plus suffisent largement pour se procurer l'arrêté d'admission et porter le malade à l'hôpital. D'autre part, en quinze jours, le tableau clinique en général change et, très souvent, s'améliore même à un tel point qu'il n'est plus question d'état dangereux. Et pour certains malades on pourrait même objecter : si le médecin a constaté quinze jours auparavant un état dangereux, comment se fait-il qu'on ait attendu seulement aujourd'hui pour procéder à l'internement ?

Je reviendrai sur les formalités de placement. Voyons maintenant le *séjour à l'hôpital*. Après que le malade (ou le supposé tel) est entré à l'hôpital psychiatrique, quels sont les mécanismes qui entrent en action pour le sauvegarder du danger d'attentat à la liberté personnelle ?

Le législateur de 1838 a, dans ce but, préconisé plusieurs dispositions, à savoir : le bulletin médical d'admission (Art. 117 du règlement type), le certificat de quinzaine (Art. 11 de la loi) et le rapport semestriel (Art. 20 de la loi). Je me permets à ce propos d'émettre l'opinion qu'au cours des cent années d'existence de la loi, plus d'un médecin d'asile dans la rédaction de ces documents (notamment celui semestriel) et plus d'un préfet ou sous-préfet ou maire, en les lisant, doivent bien avoir songé que toutes ces paperasses représentent bien du temps perdu et que dans la plupart des cas un certificat n'est pas autre chose que la copie de celui adressé des jours, des mois ou des années auparavant, et même la copie anticipée de tous ceux qui viendront ensuite, et même encore que celui qui par ignorance ou par mauvaise foi certifierait aux autorités des choses qui ne répondent pas à la réalité, pourrait bien agir ainsi non pas une seule fois, mais plusieurs fois de suite. Le procédé envisagé par le législateur pour protéger le malade mental déjà interné me semble donc assez alourdi et non infaillible.

Je considère comme assez opportun le bulletin médical d'admission rédigé non pas tout de suite et à la hâte au moment de l'admission, mais à 24 heures de distance ; voilà un document dont la rédaction oblige le médecin à relever l'état clinique du malade pendant les premières heures de séjour à l'hôpital et à le transmettre au dossier, et qui restera toujours comme une pièce à l'appui en cas de contestation. Mais je pense que toutes les autres pièces peuvent très bien être remplacées — comme cela se fait en Italie — par un rapport à adresser au Procureur de l'Etat 15 jours, ou (dans les cas de diagnostic difficile) 30 jours après le



placement, rapport dans lequel il est dit si l'individu est, oui ou non, dans un état dangereux et doit être gardé à l'hôpital, et quelles sont, en abrégé, les manifestations cliniques qui justifient ce jugement.

Cela m'amène à parler aussi d'un autre argument d'importance capitale : la *mise en observation*. Nous savons que la loi de 1838 ne souffle mot de mise en observation et que celle-ci est relatée pour la première fois dans une circulaire de 1887. Nous savons également que la loi prescrit à l'art. 19 que « en cas de danger imminent attesté par le certificat d'un médecin ou par la notoriété publique » les commissaires de police à Paris et les maires dans les autres communes doivent prendre pour l'aliéné « toutes les mesures provisoires nécessaires, à la charge d'en référer dans les vingt-quatre heures au préfet, qui statuera sans délai ». La même loi prescrit, à l'art. 24, que les hospices et les hôpitaux civils doivent recevoir provisoirement les personnes qui y sont adressées en vertu de l'art. 19, ou celles qui se trouvent en voyage pour rejoindre un établissement d'aliénés. Cependant, une circulaire de 1840 dispose aussi que, pour ceux qui sont internés d'après les art. 19 et 24 de la loi, il faut faire toutes les démarches prévues pour le placement d'office, car « il suffit qu'un citoyen ait été privé de sa liberté comme aliéné et quel que soit d'ailleurs le lieu où il est retenu, pour que les diverses formalités prévues par la loi doivent être remplies à son égard ». Jusqu'ici, il s'agit donc d'une mesure de sûreté à prendre d'urgence et non pas d'une véritable observation clinique.

La dite circulaire de 1887 parle au contraire de mise en observation dans les hôpitaux-hospices et dit : « Il faut que la durée de la mise en observation soit suffisante pour permettre de constater l'état de celui qui en est l'objet, mais qu'elle ne se prolonge pas dès que l'aliénation mentale est reconnue. » Au fond cette disposition est « *extra legem* » et ne satisfait pas les juristes, craintifs d'attentats à la sécurité personnelle, et moins encore les psychiatres, qui objectent que la « mise en observation », telle qu'elle est actuellement, se fait dans les pires conditions parce que faite dans un hôpital non psychiatrique et par un personnel non spécialisé. Il faut tenir compte qu'une disposition en vertu de laquelle le malade est observé et soigné par un médecin, pendant les premiers jours de permanence à l'hôpital, et ensuite par un autre médecin, ne peut être avantageuse pour personne. Nous savons tous que les premiers jours de maladie sont très souvent les plus intéressants pour le diagnostic, de sorte que le médecin qui n'a pas suivi personnellement le malade dès le début, pourra difficilement s'orienter vers un diagnostic et un pronostic précis.

Pour la même raison, nous sommes opposés à la proposition de faire l'observation dans des pavillons ouverts pour faire passer ensuite le malade reconnu dangereux en un service fermé ; nous nous trouvons ainsi d'accord avec M. Baruk qui a dit : « Un service libre ne doit pas être une sorte d'antichambre de service fermé » (1). La même idée avait été exprimée plusieurs années auparavant par M. René Charpentier (*Annales Médico-Psychologiques*, mars 1923).

Il est évident que, dans la nouvelle loi, toute cette matière devra être arrangée de façon radicalement différente. Ma conviction est que le placement à l'hôpital psychiatrique d'un individu que l'on croit ou que l'on soupçonne malade mental dangereux et qui n'est pas consentant à l'internement (placement d'office) devrait être faite de la façon suivante :

Après s'être assuré à titre présomptif (la confirmation ou non parviendra ensuite), d'après un certificat médical, que l'individu est dangereux pour lui-même ou pour les tiers en raison d'une maladie mentale, ou du moins qu'il doit être mis en observation parce qu'il est supposé tel, le préfet (ou le maire ou le commissaire de police) délivre l'ordonnance de placement et l'individu est d'emblée évacué sur l'hôpital psychiatrique (hôpital fermé). Ici sera rédigé le bulletin médical d'admission dans le délai de 24 heures. L'individu restera ensuite « en observation » pendant 15 ou 30 jours (30 jours pour les cas de diagnostic particulièrement difficile). Passé ce laps de temps, un certificat du médecin de l'hôpital (certificat qui correspondrait à l'actuel certificat de quinzaine), adressé au Procureur de l'Etat, résumera les résultats de l'observation et conclura si l'individu doit être gardé à l'hôpital comme dangereux ou s'il doit être mis en liberté parce que l'état dangereux n'a pas été prouvé. Toutes les personnes admises à l'hôpital doivent être « mises en observation » aussi bien celles placées « d'office » que celles placées volontairement ; aucune distinction ne devrait plus exister entre placés volontairement et placés par coercition dès que l'admission a eu lieu.

L'augmentation du nombre des hôpitaux psychiatriques et la vitesse accrue des moyens de transport ont eu pour conséquence que, de nos jours, les hôpitaux communs (« quartiers d'hos-

(1) Voir : *Psychiatrie médicale*, etc., Masson, 1938, p. 71. Dans un autre endroit de son livre (p. 715), M. Baruk propose de développer plus tôt que de supprimer les « quartiers d'hospice ». Sur ce point, nous sommes d'avis contraire, car nous sommes convaincus qu'un hôpital unique devrait accueillir tous les malades mentaux dangereux et qu'une distinction trop marquée entre malades mentaux aigus et chroniques n'est pas désirable. Mais ce n'est pas ici le lieu de développer cet argument.

pice ») n'entrent plus en ligne de compte pour le dépôt des aliénés ; aussi le dispositif de l'art. 24 pourrait-il être complètement supprimé dans la nouvelle loi. D'autre part, l'installation des hôpitaux psychiatriques modernes est tellement différente de celle des hôpitaux de 1838 et de 1887 que personne n'aura à redouter comme un danger grave d'être interné et mis en observation dans un hôpital psychiatrique plutôt que dans un autre hôpital. La possibilité d'une observation et d'une assistance spécialisées seront telles que l'on envisagera l'admission d'un malade mental dangereux (ou présumé tel) comme un avantage non négligeable et qui compensera quelques inconvénients éventuels. En arrangeant les choses de cette façon, il ne sera plus nécessaire de prendre des mesures pour la transformation des placements volontaires en placements d'office, car tous les individus placés à l'hôpital psychiatrique, soit volontairement, soit par coercition, se trouveront dans la même situation et sujets aussi aux mêmes règles pour ce qui concerne la sortie.

Pendant toute l'« hospitalisation sous traitement » qui fait suite à l'« hospitalisation pour mise en observation » le malade reste confié complètement au médecin d'hôpital, qui devra adresser des certificats de situation au Procureur de l'Etat et des bulletins de santé à la famille, cela seulement s'il en est demandé. Tout envoi périodique de certificats et toute visite périodique du Procureur de l'Etat (comme il est prescrit encore dans le projet de loi belge) nous semblent tout à fait superflus dans les cas ordinaires et nécessaires seulement dans ces cas — absolument exceptionnels — où l'on pourrait avoir une raison fondée de soupçonner que le malade n'est pas suffisamment suivi, pas suffisamment soigné par le médecin, ou qu'il n'a pas été libéré aussitôt disparus les risques de danger, etc. Le « Livre de la Loi » pourra au contraire être conservé ou remplacé par une tenue diligente et rigoureuse des observations et des dossiers, qui devront pouvoir être présentés parfaitement à jour en toute occasion, à toute personne chargée d'un contrôle ; ce contrôle devant toujours être exceptionnel et inattendu et non pas périodique.

Toute aussi simple que le placement doit être la *sortie*. Si l'état dangereux doit être la seule condition pour entrer dans un hôpital psychiatrique, il s'ensuit logiquement que la cessation de l'état dangereux devrait être aussi la seule condition requise pour en sortir. On ne comprend donc pas que telle ou telle autre personne doive intervenir pour solliciter du médecin d'hôpital une mesure qu'il devrait prendre spontanément et automatiquement toutes

les fois qu'il juge que le malade est guéri ou amélioré à un tel degré qu'il ne peut plus être du tout dangereux.

Nous savons fort bien par expérience, nous-mêmes médecins d'hôpital psychiatrique, que par rapport à l'état dangereux ou état non dangereux nous n'avons pas toujours affaire à des cas nuancés blancs ou nuancés noirs, mais très souvent, pour ainsi dire, à des cas nuancés gris. Nous savons également qu'en ligne générale l'on ne peut juger de la possibilité de faire sortir de l'hôpital un malade mental si l'on ne connaît l'entourage dans lequel il va se trouver, les moyens de subsistance dont il pourra disposer, la situation économique de la famille, la disposition d'esprit des familiers, etc. Toutes ces connaissances, le médecin pourra presque toujours fort bien les acquérir en interrogeant les malades eux-mêmes, leurs parents, leurs connaissances, et en prenant des renseignements auprès des autorités. L'intervention d'étrangers pour requérir la sortie d'un malade ne semble donc admissible que seulement à titre privé mais non officiel. En aucun cas, le médecin ne devrait considérer une intervention officielle de personnes étrangères comme une condition qui permette la sortie.

Le malade dont l'état dangereux vient de cesser (non le malade qui est guéri !) et pour lequel les conditions de milieu extérieur se présentent sous un jour favorable, doit sortir sans autre formalité, même si personne n'adresse une demande formelle de sortie. Toutefois, le cas inverse peut se produire, c'est-à-dire que le médecin d'hôpital juge le malade encore dangereux et que des personnes étrangères, ou peut-être même le Procureur de l'Etat qui a charge de sauvegarder la liberté de tous les citoyens, aient des raisons de supposer le contraire. Dans des cas semblables, il doit être possible, soit au malade lui-même, soit à d'autres personnes (tout citoyen sans égard de parenté ou autre) d'adresser une réclamation au Procureur de l'Etat selon les modalités prescrites par les articles 29 et 41 de la loi de 1838, dont le texte (la rédaction) devrait cependant être simplifié (1).

(1) Ces articles correspondent aux articles suivants du règlement de la loi italienne et du projet de loi belge.

*Loi italienne de 1904.* — Art. 70 : « Tout citoyen peut réclamer contre un internement qu'il croit immotivé (non motivé) et en demander la cessation. L'instance peut être présentée, soit au directeur de la maison d'aliénés, soit à une autre autorité publique, et celui qui la reçoit est tenu de la remettre sans délai au Procureur du Roi. Le tribunal, entendu le Ministère public et le directeur de la maison d'aliénés, décide en chambre de conseil d'après les renseignements et les expertises qu'il jugera nécessaires à ce but. Le



Mais, même sans avoir recours à cette mesure extrême, qui devrait être réservée à ces cas où l'on a des doutes sur la bonne foi ou sur la compétence du médecin de l'hôpital, toute personne qui manifeste le désir qu'un malade interné à l'hôpital psychiatrique puisse sortir contrairement à l'avis du médecin de l'hôpital devrait pouvoir présenter au Procureur de l'Etat une requête visant à ce but. En Italie nous avons très bien pourvu à cette circonstance par l'article 69 du Règlement à la loi (1), qui statue que le Tribunal peut ordonner la sortie du malade en déchargeant de toute responsabilité le médecin de l'hôpital psychiatrique et en faisant incombler par contre cette responsabilité à la personne qui fait l'instance et au médecin qui s'est chargé de soigner le malade hors de l'hôpital. Cette disposition a donné de très heureux résultats. L'on sait que le Tribunal est très souvent mieux placé que le médecin de l'hôpital psychiatrique pour s'assurer des conditions et situations familiales qui constituent le milieu dans lequel le malade se trouvera après la sortie. D'autre part, le principe est bien établi que la garantie de la liberté individuelle relève des autorités constituées ; il est donc bien

directeur de la maison d'aliénés, ou toute autre personne chargée d'autorité, qui omet de transmettre au Procureur du Roi l'instance reçue, sera punie d'une amende de 100 à 500 livres, sans préjuger des peines plus sévères établies par le Code pénal. »

*Projet de loi belge.* — Art. 17 : « Toute personne retenue dans un hôpital pour malades mentaux, ou toute autre personne intéressée, peut, à quelque époque que ce soit, se pourvoir devant le Président du Tribunal du lieu de situation de l'établissement qui, après les vérifications nécessaires, ordonne, s'il y a lieu, la sortie immédiate, soit définitive, soit à l'essai, ou le transfère provisoirement dans un autre établissement. La décision est rendue sur requête signée par la partie ou par son fondé de pouvoirs ; cette requête est, au préalable, communiquée au Ministère public et, par celui-ci, au fonctionnaire ou à la personne qui a provoqué l'admission. Dans tous les cas, le tuteur de l'interdit est entendu par le Président. Il est statué dans la même forme sur l'appel, qui peut être interjeté dans le délai de cinq jours, tant par le malade que par la personne qui a demandé l'admission et par le tuteur de l'interdit. »

Art. 50 : « Aucune requête, aucune réclamation adressée, soit à l'autorité judiciaire, soit à l'autorité administrative ne peuvent être supprimées ou retenues par les chefs ou médecins des établissements ni par les directeurs des hospices ou les bourgmestres. »

(1) *Règlement à la loi italienne.* — Art. 69 : « Lorsque la famille veut retirer un aliéné non encore guéri, qui nécessite des soins médicaux et une surveillance, le Directeur, s'il ne croit pas pouvoir le faire sortir à l'essai sous sa responsabilité, ne pourra le confier à la famille qu'avec une autorisation délivrée par le Tribunal en chambre de conseil, le Ministère public entendu, après s'être bien assuré du concours de toutes les conditions nécessaires au traitement et à la garde de l'aliéné. Aussitôt remis le malade, le directeur en informe le Procureur du Roi et l'autorité de police. »



naturel que ce soit à ces autorités de trancher la question dans tous les cas de controverse sur la possibilité ou non de sortie.

Comment devra s'effectuer la *sortie* dans les cas ordinaires ? Nous savons bien que certains malades qui, observés dans le milieu hospitalier semblent améliorés au point de pouvoir vivre au dehors, se montrent par la suite incapables de mener une vie autonome, et vice-versa. Pour cela, il me semble qu'il est très opportun d'établir une différence entre la sortie du malade guéri (sortie simple ou définitive) et la sortie du malade amélioré (sortie d'essai). Il va sans dire que les mots « guéri » et « amélioré » doivent être conçus non pas par rapport à la maladie, mais bien par égard à l'état dangereux, car c'est le risque de danger qui intéresse spécialement la possibilité de sortie (de même que la possibilité de placement).

La *sortie d'essai*, qui avait déjà été envisagée dans des dispositions en vigueur en France au XVIII<sup>e</sup> siècle, n'est plus envisagée dans la loi de 1838, mais parce qu'elle a été considérée comme opportune et utile, on la pratique en France maintenant grâce à une interprétation plus large de l'article 170 du Règlement-type. C'est pour cette raison que la disposition en question est — pour ainsi dire — extra-légale, et que le médecin qui la pratique a à sa charge une responsabilité qui n'est pas négligeable. La nouvelle loi devrait donc prévoir, à côté de la sortie définitive pour le malade guéri (c'est-à-dire dont l'état dangereux peut être considéré comme terminé), la sortie d'essai pour le malade amélioré (c'est-à-dire le malade dont on suppose que, pour le moment, il n'est plus dangereux). Cette sortie d'essai devrait être associée à une assistance par des dispensaires auxquels le malade et la personne à qui il a été confié devraient se présenter périodiquement afin que le médecin de ce dispensaire puisse envoyer des certificats catamnestiques au médecin de l'hôpital où le malade a été traité. Le principe établi par le Règlement-type actuel (article 125), d'après lequel le malade qui sort doit être confié à une personne qui s'engage en quelque façon à l'assister, doit être maintenu pour les malades qui sortent à l'essai.

Pendant la période d'essai, si le médecin du dispensaire (ou n'importe quel autre médecin ayant occasion de visiter le malade) affirme dans un certificat, que le malade a de nouveau besoin de placement à l'hôpital, et si le médecin d'hôpital le confirme après une visite faite dans ce but, on devrait pouvoir procéder à la réintégration sans aucune formalité ; si, au contraire, il résulte soit du certificat du médecin du dispensaire,

soit de la visite que devra faire le médecin de l'hôpital (ou de celle-ci seulement) que le malade est guéri, on devra, par les soins du médecin de l'hôpital, procéder à la sortie définitive. Bien entendu, il devrait être prescrit également que le médecin du dispensaire ait à sa disposition une copie de la feuille clinique de l'hôpital pour avoir une connaissance parfaite des antécédents cliniques du malade. Au cas où le malade en a les moyens, les fonctions du médecin du dispensaire devraient pouvoir aussi être exercées par un médecin de confiance choisi en toute liberté par le malade lui-même, de préférence parmi les spécialistes en psychiatrie (1). On ne rejette pas même le cas que les fonctions de médecin de dispensaire puissent être remplies par les médecins mêmes de l'hôpital psychiatrique. Une collaboration de ce genre, quoique non prescrite expressément par la loi, se pratique déjà dans quelques provinces italiennes, qui ont parfaitement organisé l'assistance ouverte aux malades mentaux (par exemple Gênes et Trieste). De même, en beaucoup d'endroits d'Allemagne, la chose se passe suivant les méthodes bien connues de Kolb et de Wendeburg. Si nous ne nous trompons pas, il en est de même en Belgique. Cette assistance par le dispensaire aux malades sortis à l'essai devrait être combinée avec l'assistance « libre » pour les malades mentaux en général qui n'ont pas besoin de séjour à l'hôpital. J'en parlerai plus loin.

Le dernier projet Strauss prévoit, il est vrai, la sortie « à titre d'essai », mais cette sortie est subordonnée à l'autorisation du préfet pour les « placés d'office ». Pour les raisons que j'ai déjà exprimées plusieurs fois, aucune différence ne devrait être faite après le placement entre les placements d'office et les placements volontaires ; en outre, la responsabilité de la sortie d'essai, comme aussi bien toute prévoyance thérapeutique prise par le médecin d'hôpital, devraient être complètement du ressort du médecin, même sans l'intervention des autorités supérieures.

Je dois avouer encore une fois que je ne comprends pas pourquoi dans le même hôpital psychiatrique ou mieux dans le même service (service « fermé ») doivent ou peuvent être retenus des malades inoffensifs (c'est-à-dire des malades qui de-

(1) La nouvelle loi du Canton de Genève relate à l'art. 30 : « Toute sortie n'est autorisée qu'à titre provisoire. Si l'état le nécessite, il peut être réintégré dans l'établissement sans nouvel examen médical dans les 30 jours qui suivent sa sortie. Avis est donné dans les 24 heures par la direction de l'établissement. »

vraient trouver place dans les services libres ou ouverts) et des malades dangereux. Ainsi la disposition de la circulaire du 7 décembre 1938 sur la transformation du placement d'office en placement volontaire devrait être superflue dans la nouvelle loi. Si, comme je propose et comme cela se fait déjà aujourd'hui en Italie, le médecin de l'hôpital psychiatrique peut faire sortir le malade lorsqu'il le veut, sans attendre aucune autorisation administrative ou judiciaire, rien ne s'oppose à ce qu'il retienne dans l'hôpital le malade inoffensif mais qui a encore besoin de soins. Pourquoi obliger le médecin de l'hôpital psychiatrique à donner une forme légale à une distinction entre « malades dangereux » et « malades inoffensifs mais qui ont encore besoin de soins dans l'hôpital psychiatrique » (hôpital fermé) ? Cette distinction a peu de base clinique et se présente souvent comme très difficile en pratique. N'oublions pas que nous devons tenir compte non seulement de l'état dangereux actuel ou réel, mais aussi de celui potentiel. Par exemple : le toxicomane qui ne peut faire usage de son poison quand il est à l'hôpital se trouve dans un état dangereux potentiel, qui deviendra actuel ou réel s'il sort avant que la possibilité d'une rechute ne soit éliminée. Un tel malade devra donc être retenu dans l'hôpital comme dangereux sans aucune formalité particulière.

Nous pensons en outre que le délai de quinze jours pour la durée de la sortie d'essai est tout à fait trop court ; il nous semble même qu'on puisse discuter s'il est opportun de fixer une restriction de temps. Si le malade sorti à l'essai reste toujours sous la surveillance du médecin du dispensaire jusqu'au moment de la sortie définitive ou du nouveau placement (en cas de réapparition de l'état dangereux) ou de la mort, quelle nécessité y a-t-il alors de fixer une limite de durée à la sortie d'essai ?

La sortie définitive, soit qu'elle ait lieu au moment même où le malade sort de l'hôpital, ou bien quelque temps après que le malade est sorti à l'essai, devrait ensuite être notifiée par un certificat du médecin de l'hôpital au Procureur de l'Etat. qui, à son tour, solliciterait du Tribunal l'ordonnance de sortie définitive (c'est-à-dire par guérison).

Il me semble enfin très à propos et tout à fait désirable d'insérer dans la nouvelle loi l'article 20 du dernier projet Strauss, qui permet que tout évadé d'un hôpital d'aliénés (hôpital fermé) soit admis de nouveau sans aucune formalité dans le délai de quinze jours de l'évasion. C'est là la réalisation d'un vœu exprimé par M. Dupouy dans un remarquable travail sur les évasions d'aliénés. Dans la nouvelle loi du Canton de Genève, cette dis-

position existe également, mais avec un délai de deux mois. Voir à ce sujet l'intéressant travail de M. J. Picard sur les « Lacunes de la loi de 1838 en cas d'évasion » (*Annales médico-psychologiques*, mai 1938, p. 571).

Nous nous résumons. Pour ce qui concerne la *sortie*, je suis d'avis qu'elle devrait s'accomplir suivant les deux modalités ci-après :

1° *Sortie d'essai* : le malade qui s'est amélioré à un tel point que le médecin d'hôpital juge que l'état dangereux est disparu, sort sur-le-champ : il est confié à une personne qui s'engage à l'assister et au médecin du dispensaire (ou à tout autre médecin désigné par le malade) qui devra avoir une copie de la feuille clinique de l'hôpital et devra avoir soin d'adresser périodiquement des renseignements catamnétiques (1) ; la sortie est tout simplement notifiée par le médecin de l'hôpital au Procureur de l'Etat au moyen d'un avis de sortie ; la période d'essai cessera soit avec la sortie définitive, soit avec la réadmission à l'hôpital, soit par la mort du malade.

2° *Sortie définitive* : le malade guéri, c'est-à-dire le malade au sujet duquel le médecin d'hôpital pense que tout état dangereux a totalement disparu (bien entendu sauf rechutes toujours possibles et que l'on ne peut prévoir) sort tout seul ; le médecin de l'hôpital adresse au Procureur de l'Etat un certificat « à fins de sortie ». Dans ce certificat, il déclarera que tout état dangereux a cessé, et le Procureur de l'Etat sollicitera du Tribunal l'ordonnance de sortie définitive. Le médecin de l'hôpital pourra cependant attendre pour laisser sortir le malade d'avoir en mains l'ordonnance du Tribunal.

3° La « sortie d'essai » comme la « sortie définitive » pourront aussi avoir lieu par ordonnance du Tribunal sur requête du malade lui-même, du Procureur de l'Etat ou d'étrangers, même dans le cas où le médecin de l'hôpital n'a pas encore reconnu la cessation de l'état dangereux, si cette cessation est admise par le Tribunal en vertu d'autres preuves (expertises, etc.).

Le moment est venu maintenant de dire ce que je pense de l'*intervention judiciaire dans le placement des aliénés*. J'ai déjà déclaré que, comme citoyens, nous devons reconnaître que priver

(1) L'art. 66 du Règlement à la loi italienne dit entre autres choses : « Pendant l'essai, la famille doit envoyer tous les quatre mois, par l'intermédiaire du maire au directeur de l'hôpital, un certificat médical de santé du malade. »

un individu de sa liberté personnelle sera toujours du ressort de l'autorité de police ou de l'autorité judiciaire et non pas du ressort des médecins. Si grand que soit notre orgueil de savants des sciences médicales, nous ne pouvons prétendre que la masse du public de toute une nation puisse désirer nous confier une tâche de cette importance. Quelle sera donc la part de l'autorité judiciaire dans le placement des aliénés ?

Je le répète : pour garantir l'individu pendant le placement provisoire et pendant la période d'observation, l'arrêté préfectoral (ou du maire ou du commissaire de police), dressé immédiatement après le certificat d'un médecin affirmant que l'individu est un malade mental dangereux (état de danger affirmé ou présumé par le médecin certifiant), me semble largement suffisant ; au contraire, pour garantir l'individu pendant le placement définitif, c'est-à-dire pendant la période de traitement, il me semble nécessaire que le Procureur de l'Etat intervienne directement soit au moment du placement définitif, soit au moment de la sortie définitive, en sollicitant du Tribunal les ordonnances à ce sujet. Au moment du placement provisoire (mise en observation) et de la sortie d'essai, le Procureur de l'Etat devrait avoir seulement notification de ces dispositions, qui devront être prises directement par le médecin et sous sa responsabilité exclusive.

Les rapports du médecin de l'hôpital avec le Procureur de l'Etat devraient donc à l'ordinaire être les suivants :

au moment du placement ou de la mise en observation : avis du placement au moyen du certificat de 24 heures ;

à la fin de la période d'observation : certificat d'observation achevée (certificat de quinzaine) prouvant que l'état dangereux du malade et, par conséquent, la nécessité du placement définitif, ont été reconnus, ou bien que cet état n'a pas été reconnu et que le malade doit sortir immédiatement ; dans le premier cas, aussitôt reçu ce certificat, le Procureur de l'Etat devrait, le cas échéant, solliciter du Tribunal l'ordonnance de placement définitif ;

au moment de la sortie d'essai : avis de cette sortie d'essai ;

au moment de la sortie définitive : certificat de guérison confirmant que tout risque de danger (état dangereux) a définitivement cessé ; aussitôt reçu ce certificat, le Procureur de l'Etat devrait solliciter du Tribunal l'ordonnance de sortie définitive.

L'autorité qui a rédigé l'arrêté de placement (préfet, maire, commissaire de police) devrait à son tour envoyer communica-



tion de cet arrêté au Procureur de l'Etat. De cette façon, le Procureur de l'Etat serait toujours renseigné sur la situation de tout individu interné dans un hôpital psychiatrique (« hôpital fermé ») et pourrait toujours éventuellement se renseigner mieux à tout moment en demandant des certificats de situation. ou même, dans des cas tout à fait exceptionnels, en visitant personnellement le malade ou en le faisant visiter en qualité d'expert par un médecin qui a sa confiance. Les choses ainsi réglées, le contrôle de l'autorité judiciaire serait toujours présent et agissant.

Si je ne fais pas d'erreur, telle était — à quelque chose près — la pensée des membres de la Société médico-psychologique de Paris, lorsque, le 27 avril 1931, ils votèrent à l'unanimité la proposition suivante : « La Société médico-psychologique estime que l'intervention judiciaire systématique et généralisée, telle qu'elle est prévue dans le projet de réforme de la loi de 1838, n'est pas nécessaire pour garantir la liberté individuelle de tout aliéné, étant entendu que cette intervention peut toujours se produire à la requête de l'intéressé, de sa famille ou de l'autorité judiciaire, ainsi qu'il est établi actuellement par les dispositions de l'article 29 de la loi de 1838. »

La nouvelle loi devra-t-elle s'occuper aussi de l'*assistance ouverte*, c'est-à-dire de l'assistance hospitalière aux malades mentaux non dangereux et qu'il n'y a pas lieu d'interner par coercition, comme le font le dernier projet de loi Strauss (article 57) et le projet de la Belgique (article 25) ? Je ne le pense guère et ceci pour maintes raisons. Avant toute chose pour la raison que, puisque la condition juridique à laquelle sont soumis les malades mentaux dangereux est tout à fait différente de celle des malades non dangereux, il arriverait ici que, si les uns et les autres relèvent de la même loi, il se produirait très facilement des embrouillements, des équivoques, etc., tant dans les actes judiciaires que dans les actes administratifs.

Il me semble de toute importance, à ce sujet, de considérer que l'assistance psychiatrique hospitalière ouverte, quoique déjà appliquée en beaucoup de pays et avec des résultats encourageants (personne de nous n'ignore ce qui a été fait à l'hôpital Henri-Rousselle de Paris), se trouve tout de même actuellement dans une période d'expériences : aussi est-il fort probable qu'une loi la codifiant par des règles précises aurait bientôt besoin de retouches et devrait bientôt être remplacée par une autre. Il semble donc opportun d'envisager une loi qui traite exclusivement

de l'assistance ouverte, nettement dégagée de la loi qui traitera de l'assistance fermée, cette dernière, forte d'une expérience séculaire, pouvant être formulée dans une forme plus définitive et plus stable.

Je partage donc l'opinion que l'article 57 du dernier projet Strauss devrait être supprimé et remplacé complètement par la proposition de loi présentée à la Chambre des Députés, à la séance du 20 avril 1925, par MM. Fié, Gardel et Faugère, projet visant la création de « Services départementaux d'hospitalisation libre des psychopathes curables » qui devrait être au contraire approuvé. Ce dernier projet, dans l'ensemble, me semble assez recommandable. Je ferai cependant une remarque pour ce qui concerne l'article 8 où il est dit : « Les conditions d'admission et les frais de traitement seront réglés conformément à la loi de 1893 sur l'assistance médicale gratuite. » Il me semble absolument nécessaire que la même Administration, qui a à sa propre charge l'assistance psychiatrique fermée (pour les malades mentaux dangereux) ait également à sa charge l'assistance psychiatrique ouverte (pour les malades mentaux non dangereux). Cela d'autant plus que, dans beaucoup de départements, il serait utile d'organiser les deux formes d'assistance d'une seule manière, et, le cas échéant, dans des locaux bien séparés, mais faisant toujours partie d'un seul hôpital. C'est seulement si l'Administration qui doit supporter la charge de tous les frais de l'assistance psychiatrique est unique que l'on pourra éviter des doubles dépenses coûteuses dans l'organisation ou des contestations, des débats fâcheux, des équivoques à ne plus finir, au sujet de la compétence des frais pour tel ou tel autre malade.

J'ajoute encore que l'assistance du dispensaire devrait fonctionner aussi bien pour les malades sortis des hôpitaux psychiatriques fermés que pour ceux qui sortent des « Services ouverts » ; il est, par conséquent, dans l'intérêt de la Société tout entière qu'une Administration unique supporte les frais, soit pour l'assistance hospitalière ouverte, soit pour l'assistance hospitalière fermée, soit pour celle du dispensaire. N'oublions pas que, pour l'assistance ouverte également, les personnes ayant des ressources ne doivent pas être placées dans des conditions plus avantageuses que les indigents. Les riches ont à leur disposition des maisons de santé dans tous les pays ; au contraire, en maints endroits, les indigents sont obligés de rester sans assistance lorsque la maladie mentale est bien constatée mais non l'état dangereux. D'ailleurs, les maisons de santé pour malades mentaux riches non dangereux sont généralement ignorées par la loi :

aussi nous semble-t-il qu'une réglementation s'impose au sujet de ces établissements.

Je ne puis donc que m'associer à MM. Hamel et Lauzier (*Annales médico-psychologiques*, mai 1938, p. 569) qui proposent l'obligation pour chaque département de créer des centres de prophylaxie mentale, des services sociaux psychiatriques et des services d'hospitalisation libre, et à MM. Claude et Rubenovitch, qui, dans une très remarquable communication au II<sup>e</sup> Congrès international d'hygiène mentale (Paris, 1937, Comptes-rendus, tome II, p. 210) ont proposé qu'on crée des « Maisons de rééducation mentale et de réadaptation sociale ». C'est avec le plus grand plaisir que je vois ces vœux réalisés, bien que d'une façon provisoire, dans la « Circulaire de M. le Ministre de la Santé publique en date du 13 octobre 1937 prescrivant la réorganisation de l'Assistance psychiatrique départementale » (*Annales médico-psychologiques*, octobre 1937, p. 577).

Enfin je me permets d'insister sur le fait que l'individu dangereux, et qui se refuse à être interné, doit être placé dans un hôpital fermé, même si l'on prévoit que son internement ne durera pas longtemps. Si je ne me trompe pas, c'est la même opinion que M. Henry Michel a émis dans un travail de 1932.

Pour en finir au sujet de l'assistance ouverte, je voudrais encore ajouter que je ne partage pas du tout l'opinion optimiste de ceux qui voudraient voir dans l'assistance ouverte le noyau essentiel de la future assistance hospitalière psychiatrique, tandis que l'assistance fermée devrait être seulement une forme « à côté » (*ad laterem*) et secondaire. Je suis convaincu que, quels que puissent être à l'avenir les progrès de l'assistance et de la thérapeutique psychiatrique en ligne générale, le nombre des malades à soigner dans les hôpitaux fermés sera toujours bien plus élevé que celui des malades à soigner dans les hôpitaux ouverts. Je suis plein de respect pour M. Toulouse quand il écrit (*Annales médico-psychologiques*, 1933) que « le nombre des malades dangereux n'acceptant pas l'hospitalisation est en vérité restreint » mais je ne puis partager sa conviction optimiste.

J'aborde maintenant la *situation juridique* des malades internés dans les hôpitaux psychiatriques. La disposition de l'article 39 de la loi de 1838 me semble très à propos et parfaitement digne d'être maintenue, disposition par laquelle l'internement à l'hôpital psychiatrique est considéré comme une condition procédurière qui permet de commencer le procédé de nullité des actes accomplis pendant l'internement. Dans la nouvelle loi

cette disposition devrait valoir également pour tout ce qui a trait aux formalités légales accomplies pendant la sortie d'essai ; elle présente l'avantage de bien préciser qu'aucun rapport direct ne doit exister entre internement à l'hôpital psychiatrique et incapacité civile, hormis une simple présomption qui devra être ratifiée suivant les cas, d'après les instructions du Code Civil.

Je ne veux pas aborder d'autres questions qui intéressent davantage le droit public français que la technique de l'assistance psychiatrique ; c'est une matière pour laquelle je dois avouer mon manque de compétence. Je me permets cependant de demander aux personnes compétentes s'il ne serait pas possible et opportun que les fonctions prévues par les articles 31 à 40 de la loi de 1838, d'après lesquels plusieurs personnes diverses (administrateur provisoire légal, administrateur provisoire judiciaire, mandataire *ad litem*, curateur à la personne, notaire commis) doivent s'intéresser au malade mental qui est interné, soient fondues dans le même individu.

MM. Hamel et Lauzier ont tout récemment proposé que le notaire commis et le mandataire *ad litem* soient supprimés, que leurs pouvoirs soient dévolus à l'administrateur sous certaines conditions et que les établissements privés soient, pour ce qui a trait à l'administration provisoire légale, assimilés aux établissements publics (*Annales médico-psychologiques*, mai 1938, p. 561. — Voir aussi le rapport à la Société médico-psychologique de M. Xavier Abély sur « La protection des biens des malades dans la loi de 1838, *Annales médico-psychologiques*, mai 1938, p. 655). Je conviens aussi avec M. Vignaud (*Annales médico-psychologiques*, octobre 1938, p. 399) que la nomination d'un administrateur des biens doit rester facultative, mais je pense que pour les malades mentaux des établissements privés cette nomination doit être la règle parce que ces malades ont presque tous un patrimoine à administrer et parce qu'il est plus convenable d'assurer la gestion de celui-ci par un administrateur ayant une charge officielle que de laisser cette gestion à la famille.

Au sujet des contrôles judiciaires et notamment du pouvoir d'en appeler contre un internement non justifié, appel qui doit être permis à toute personne (même au malade) j'ai déjà dit mon mot dans les lignes qui précèdent : aussi je ne crois pas devoir me répéter.

La question de l'internement des *aliénés criminels* est assez



complexe et a même été l'objet de bien des discussions. Je ne m'attarderai pas beaucoup sur cette question ; j'exposerai tout simplement quelle devrait être, à mon avis, la situation de ces malades d'après l'opinion qui prévaut, selon moi, chez les techniciens.

Pour les détenus à la période d'instruction et pour les condamnés qui présentent des troubles mentaux passagers ou même des phénomènes qui font soupçonner la simulation, le problème de l'internement sera résolu le jour où toutes les prisons seront pourvues d'une annexe psychiatrique. A défaut de cette annexe, le Procureur de l'Etat, le juge d'instruction et le directeur de la prison devraient pouvoir, en se basant sur le certificat du médecin de la prison ou d'un expert, ordonner le transfert du détenu dans un hôpital psychiatrique public. Aussitôt arrivé à cet hôpital, le détenu, que l'on présume malade mental dangereux, se trouverait exactement dans les mêmes conditions que tous les autres internés, c'est-à-dire en une période d'observation, à laquelle ferait suite ou non, à l'échéance des quinze ou trente premiers jours d'internement, la déclaration du médecin de l'hôpital relatant que le détenu est dangereux du fait d'une maladie mentale et doit par conséquent rester dans l'hôpital, ou qu'il n'est pas dangereux et doit aller à nouveau en prison.

Pour les aliénés criminels acquittés pour maladie mentale, pour ceux qui sont tombés malades pendant la détention punitive, de même que pour certains aliénés particulièrement dangereux (aliénés difficiles) qui n'ont jamais commis d'infractions pénales, mais qui ont un penchant très marqué à se livrer à des actes de violence, on devrait créer des hôpitaux psychiatriques en nombre fort limité, répandus sur tout le territoire de l'Etat et aux frais de l'Etat même. C'est précisément ce que prescrit à l'article 23 le projet de loi belge (1). Soustraire aux hôpitaux psychiatriques ordinaires tous les aliénés qui ont des rapports avec l'administration de la justice et tous les aliénés qui ont un penchant au crime très marqué et pour lesquels une amélioration clinique n'est guère à prévoir, voilà un avantage qui est de toute évidence.

(1) Art. 23 du Projet belge : « Le Gouvernement crée ou agréé des établissements spéciaux ou des sections spéciales d'établissements pour le placement des condamnés atteints de troubles mentaux. Ceux-ci sont transférés à la réquisition de l'officier du Ministère public compétent près la Cour ou le Tribunal dont émane l'arrêt ou le jugement. Peuvent également être internés dans ces établissements, moyennant l'autorisation du Ministre de la Justice, les malades qui exigent des mesures tout à fait spéciales au point de vue de la sécurité publique.



L'expérience faite en Italie après adoption du Code Pénal de 1930, qui a exclu des hôpitaux psychiatriques ordinaires les aliénés condamnés ou acquittés pour maladie mentale, est frappante en ce sens ; et même il n'est pas improbable que la nouvelle loi qui sera promulguée un jour en Italie dispose que l'on crée des hôpitaux spéciaux pour les aliénés difficiles, même s'ils ne sont pas auteurs d'infractions criminelles. Je rappelle encore à ce sujet que le dernier projet Strauss traite cette matière aux articles 30-38 d'une façon assez semblable à celle établie par le Code Pénal italien actuel.

La proposition de MM. Hamel et Lauzier (*Annales médico-psychologiques*, mai 1938, p. 561) de créer des asiles de sûreté pour les aliénés criminels ou judiciaires me semble fort à recommander, mais je ne vois pas pourquoi la décision de placer ces malades devrait être prise par la juridiction civile et non pas par la juridiction pénale ; les mesures de sûreté pour ceux qui sont en quelque façon dangereux pour la société sont prises par la juridiction pénale dans tous les pays où elles ont été adoptées ; il en est de même pour les mesures prescrites par la loi de défense sociale de la Belgique.

De toute façon, une réforme de ce genre devra être coordonnée avec le nouveau Code Pénal. Consulter à ce sujet ce qu'ont relaté à la Société de Médecine légale MM. Blacque-Belair et Ceillier (1931) et MM. Henri Claude et Paul Schiff (1932), de même ce qu'ont écrit dans les *Annales médico-psychologiques* M. René Charpentier (1933), M. Xavier Abély (1934-1935), et M. Heuyer (1935).

Pour ce qui a trait au *service intérieur* de l'hôpital psychiatrique, je me bornerai à une seule remarque : n'est-il pas possible de simplifier les dispositions contenues dans plusieurs articles de la Loi et du Règlement-type du 20 mars 1857, en fixant seulement de grandes règles générales, réduisant au minimum les paperasses et en laissant aux directeurs de chaque hôpital toute liberté d'établir des règles propres à chaque service, suivant les circonstances, et en s'inspirant de leurs propres convictions techniques personnelles et des besoins particuliers du moment et du lieu ? Je suis d'avis que les lois et les règlements qui valent pour tout un Etat devraient établir simplement des lignes générales et que les détails devraient être fixés par les règlements locaux.

A qui donc devra être confiée la *direction de l'hôpital psychiatrique* ? C'est là un point d'importance capitale et sur lequel il

faut bien insister. Quant à nous, forts de l'expérience faite dans notre pays et dans quelques autres nations (Allemagne, Suisse, etc.), nous soutenons d'une façon catégorique et formelle que *le directeur de l'hôpital psychiatrique doit être un médecin, exclusivement un médecin*. De même que le directeur d'une usine industrielle est toujours un ingénieur, que le directeur d'un établissement militaire est un militaire, etc., le directeur d'un hôpital devra toujours être un médecin. C'est seulement de cette façon que l'on pourra parvenir à une fusion harmonique de tous les services hospitaliers et que le médecin qui assiste et qui soigne ses malades pourra supporter à plein la responsabilité de son œuvre. Nous savons tous que, dans le champ psychiatrique plus que dans tout autre champ de la médecine le traitement des malades relève moins de la possibilité d'administrer tel ou tel autre médicament, que de la possibilité de créer un milieu plutôt qu'un autre. Personne n'ignore que le choix du personnel infirmier, l'organisation du service d'assistance, la façon dont sont bâties les fenêtres ou les portes, la disposition des locaux, etc., sont des conditions desquelles dépendent les vues cliniques qu'il est possible d'adopter.

Le corps médical d'un hôpital psychiatrique pourra ainsi avoir la main bien plus libre s'il a pour chef un médecin. Mais pour en arriver là il est tout à fait nécessaire que beaucoup de confrères se dépouillent d'une mentalité qui n'est plus admissible dans la société moderne. Le médecin d'hôpital, et à plus forte raison s'il est psychiatre, doit bien se convaincre qu'il n'est pas seulement le sage qui doit monter en chaire pour prononcer des sentences de diagnostic ou de thérapeutique, mais bien un membre actif de la grande société ; c'est un fonctionnaire qui ne peut se permettre d'ignorer les lois, les règlements, les arrangements sociaux et doit au contraire mettre au service de la société même ses propres connaissances et aptitudes. Aucun psychiatre ne doit dédaigner de connaître tout l'engrenage bureaucratique indispensable pour l'assistance sociale aux malades mentaux et ne devra se sentir froissé s'il a à s'occuper de questions administratives ou de discipline.

Et non seulement cela, mais aussi les services administratifs, d'économat, etc., quoique du ressort du personnel technique spécialisé, devront, tout au moins, être sous la surveillance du médecin directeur, qui sera ainsi saisi du pouvoir d'intervenir en pleine autorité chaque fois que la nourriture sera mauvaise, les vêtements mal faits, le chauffage insuffisant, etc. Le deuxième projet Strauss dispose à l'article 6 que le directeur des hôpitaux

psychiatriques privés doit être un médecin. Suivant notre jugement, l'on devrait beaucoup insister pour que cette disposition fût adoptée également pour tous les établissements publics. La direction unique fonctionne déjà à Paris à l'hôpital Henri-Rousselle dont le fondateur, qui a bien mérité, dit : « Et j'ai assumé les fonctions de directeur administratif en même temps que celles de médecin en chef pour assurer la bonne marche d'organismes nouveaux, dont les rôles multiples devaient être fortement coordonnés. D'ailleurs on a reconnu que ma gestion était économique. Si j'ai quelque mérite, c'est, je crois, pour beaucoup, parce que le médecin n'est généralement pas un mauvais administrateur, surtout parce qu'il tend à réduire tout ce qui n'a pas un caractère d'utilité médicale. » (Ed. Toulouse, *Annales médico-psychologiques*, t. I, n° 4, 1933).

Que devons-nous penser du *service dans les hôpitaux psychiatriques privés* et dans les maisons de santé pour les personnes ayant des ressources ? Je pense que la nouvelle loi devrait être parfaitement applicable aussi à ces établissements sans faire de différence avec les autres hôpitaux publics, sauf pour ce qui concerne la compétence des frais.

Il faut s'attendre que la nouvelle loi, inspirée d'idées d'assistance et tablant davantage sur la compétence technique et l'intégrité morale des psychiatres que la loi de 1838, il faut s'attendre, dis-je, qu'elle trouve de la méfiance et de l'adversion en certaines couches de l'opinion publique, peu au courant des progrès de la technique de l'assistance. Pour vaincre dès le début ces méfiances, ce serait une bonne chose que le corps médical se livre de suite à une campagne de propagande dans les revues qui circulent au milieu du grand public et dans la presse quotidienne afin de bien expliquer :

a) que la séquestration arbitraire dans les hôpitaux psychiatriques, quoique souvent présentée par les romanciers et par certains journalistes, est en réalité un cas qui n'arrive jamais ;

b) que dans les cas assez rares où il y a divergence d'opinion entre magistrat et médecin ou entre médecin et médecin sur la nécessité de placer et de garder à l'hôpital psychiatrique un individu, il s'agit non pas d'individus parfaitement sains, privés de leur liberté personnelle parce qu'ils sont jugés fous, mais d'individus malades à coup sûr, pour lesquels entre en discussion — comme il peut arriver pour tout diagnostic clinique — le risque de danger plus ou moins fort ;

c) qu'en général quiconque est dangereux envers soi-même l'est également envers les tiers, car personne ne peut prévoir quels moyens il emploiera pour se suicider et le suicide, d'ailleurs, par incendie ou moyennant explosifs, n'est pas si rare qu'on le croit (1) ;

d) que le traitement des malades mentaux n'est pas, de nos jours, aussi inutile et sans espoir qu'il l'était autrefois, et que tout traitement est d'autant plus efficace qu'il est précoce ; que, par conséquent, il y va de l'intérêt du malade même, de sa famille et de toute la société que l'admission dans une maison « ad hoc » soit facilitée le plus possible ;

e) que les entraves bureaucratiques, inspirées par la sauvegarde du danger si redouté et si exagéré de séquestration personnelle, sont en large mesure responsables du fait qu'en France, comme l'ont remarqué en son temps parmi d'autres MM. Claude, d'Heucqueville et Dupouy, les crimes commis (spécialement contre les médecins) par les aliénés sont très fréquents.

Il n'y a pas de psychiatre qui ait besoin d'être persuadé des choses que nous venons de dire, mais l'opinion publique n'en est pas encore suffisamment éclairée.

Avant de finir, je voudrais dire encore un mot sur la *terminologie technique* à adopter dans la nouvelle loi et dire qu'il serait bien de faire un effort pour remplacer tous les mots qui ont une saveur de prison comme « internement », « séquestration », « mise en liberté », « renfermer », etc., ou bien une saveur profane comme « folie », par d'autres mots ayant une tournure plus clinique. Nous voyons que la langue française est assez riche en mots pour permettre que l'on adopte une terminologie et des phrases mieux calquées sur la pensée moderne. De même les mots « asile d'aliénés » et « établissement d'aliénés » devraient être remplacés par le mot « hôpital psychiatrique » (2). Le seul mot peu agréable dont on ne pourra se passer est le mot « aliéné » auquel il faudra bien donner la signi-

(1) Un médecin allemand a écrit : « Wer sich selbst nicht schont, schont die anderen noch weniger. »

(2) Je conviens avec M. René Charpentier que le nom d'Hôpital psychiatrique ne devrait pas être mis au fronton des édifices et devrait être remplacé dans chaque cas particulier par le mot Hôpital suivi du nom d'un psychiatre de la région. (Voir : René CHARPENTIER, Rapport d'assistance de Paul Courbon. Congrès des aliénistes et neurologistes de Quimper, août 1922).

fication proposée par Dupré, de « malade mental dangereux » (1).

L'adoption de la nouvelle loi sur les aliénés devrait être aussi une bonne occasion de laisser de côté le mot « démence » qui, en langage psychiatrique, a une valeur bien déterminée, tandis que dans la loi il ne devrait être fait mention que de maladie mentale. Il est à espérer qu'en agissant ainsi nous ferons approcher le jour où une substitution de ce genre sera aussi effectuée dans le Code Pénal, réalisant ainsi un vœu formulé par plusieurs psychiatres et spécialement par M. René Charpentier dans un remarquable rapport de la Société des Prisons (*Annales médico-psychologiques*, t. II, n° 3, p. 353, 1933).

Le moment est venu de conclure.

C'est notre conviction que la date mémorable du centenaire révolu de la loi de 1838 devrait éveiller les douteux et montrer que les temps sont mûrs pour la réforme d'une loi qui, d'ailleurs, a marqué un progrès considérable sur l'ancien régime des *lettres de cachet* et des *ordres de justice*, mais qui ne répond plus aux idées d'assistance de nos jours. Plusieurs médecins français ont proposé qu'on apporte à la loi de 1838 de simples retouches ; d'autres voudraient une loi complètement nouvelle. Ce qui est sûr, c'est que personne ne doit douter que le corps psychiatrique d'une nation telle que la France mérite bien davantage de confiance que celle que lui a accordée le législateur de 1938.

Nous croyons par-dessus tout que législateurs, autorités constituées, et opinion publique devront bien se persuader que le corps médical psychiatrique d'une grande nation moderne compte, et cela bien davantage qu'on ne le croirait, des adeptes passionnés qui n'ont choisi que pour une inclination... constitutionnelle une profession qui les mette en contact avec le monde des malades de l'esprit. Ce serait peut-être une bonne chose que de laisser de côté la conception, désormais un peu trop exploitée par les écrivains médecins ou non, de la « mission du médecin » pour parler uniquement de cette passion, à défaut de laquelle l'on n'arrive pas à être de véritables médecins et spécialement de véritables psychiatres.

(1) « Le psychopathe n'est pas forcément un aliéné et ne le devient, disait Dupré, que lorsque son état cérébral aboutit dans le domaine de l'action, à des manifestations étrangères à la mentalité de son groupe social et nuisibles à l'ordre public et à la sécurité des personnes. » (RAYNIER et BEAUDOUIN : *L'aliéné et les asiles d'aliénés*, p. 631).



# SURMENAGE INTELLECTUEL ET SCHIZOPHRENIES

PAR

L. FROMENTY

Contrairement à l'opinion si fréquemment exprimée par les familles des malades, les auteurs classiques n'attribuent pas grande importance au surmenage intellectuel dans l'étiologie des schizophrénies.

MM. Dide et Guiraud n'en parlent pas. E. Régis place bien le surmenage parmi les causes occasionnelles de la folie ; mais après avoir noté cela pour ordre, il mine lui-même sa position en ajoutant : « Le surmenage intellectuel ne s'observe guère que chez des sujets insuffisamment résistants et les accidents nerveux et cérébraux des adolescents ne sont, pour la plupart, à y regarder de près, que des névroses et des psychoses de prédisposés. Le véritable surmenage est, en réalité, le surmenage moral, et je crois, observation faite, que l'homme peut travailler beaucoup de son cerveau sans fatigue et sans danger, à condition que son labeur, si actif et si continu qu'il soit, ne se complique pas des déceptions, des tortures, des angoisses, qui rompent l'équilibre et brisent les ressorts de l'organisme le mieux trempé. » (*Précis de psychiatrie*, 6<sup>e</sup> édition, p. 37). C'est dire que le surmenage intellectuel, pour lui, ne compte pas. Il n'attribue une action étiologique qu'aux émotions déprimantes, dont l'effet ne sera pas envisagé dans cette étude.

Dans le traité de Bumke sur la schizophrénie (Volume IX, page 112), Mayer-Gross discute l'action étiologique du choc moral et de l'épuisement, et conclut négativement. A notre connaissance, il ne nomme pas du tout le surmenage intellectuel. Bleuler le néglige de même, et Bumke, dans son précis (édition de 1929, page 21), dénie catégoriquement au surmenage intellectuel tout rôle pathogène.

Cette unanimité de la psychiatrie classique est de nature à intimider. Il est probable qu'elle est l'expression de la vérité en ce qui concerne les maladies mentales de l'adulte, et *à fortiori* du vieillard. Mais n'y aurait-il pas lieu d'apporter quelque tempérament à cette opinion en ce qui concerne ces déchéances psychiques progressives et rapides, constituant le groupe des schizophrénies, et survenant entre quinze et trente ans, période que notre civilisation voue à l'effort scolaire le plus intense et à la lutte la plus ardente pour franchir les premiers échelons d'une carrière ? C'est ce que nous nous proposons d'élucider dans cette note.

Le surmenage cérébral, le travail intellectuel forcé, réalisé seulement lorsque le cerveau accomplit, pendant un temps durable, un effort disproportionné avec ses capacités, n'est guère possible que pendant la période où l'adolescent prépare des concours ou, au début d'une carrière, veut en imposer à ses supérieurs par son zèle.

L'adulte, généralement fixé sur ses possibilités intellectuelles, a renoncé aux buts inaccessibles et borne son activité intellectuelle à des besognes automatisées par l'habitude.

L'enfant se défend très bien contre le surmenage dont parents et pédagogues l'accablent sans pitié, ni prudence, par la puissance de son instinct de jeu, par son débordement moteur, par le vagabondage de sa rêverie, et enfin par la persévération dans la paresse, qui, pour les arriérés glandulaires ou dysplasiques, reste la seule planche de salut.

À l'égard du surmenage cérébral, l'adolescence est une période critique. Plus particulièrement l'adolescence tardive, cette période comprise entre la puberté et la nubilité pratique, pendant laquelle les mœurs et les circonstances économiques paraissent entraver la normalisation de la vie génitale. Période pendant laquelle l'activité psychique se disperse en productions lyriques, en rêveries moroses, et où l'angoisse est si souvent la rançon de l'onanisme. Le sport est, à juste titre, considéré comme le plus sain et le plus efficace des remèdes à ce déséquilibre ; mais on néglige trop souvent de lui accorder le temps de repos compensateur qui lui est nécessaire, d'où une cause nouvelle d'épuisement. Or, c'est justement pendant cette période si délicate qu'on demande à l'adolescent de préparer et de passer les concours difficiles, en le condamnant, du fait des circonstances économiques, à des fatigues multiples, avec une alimentation trop souvent insuffisante. Il convient de noter également le fâcheux préjugé qui pousse tant de parents à surestimer les professions intellectuelles et libérales et à y destiner des

adolescents que, ni leur hérédité, ni leurs capacités intellectuelles, ne désignent pour des études.

Le surmenage cérébral dans le sexe féminin est certainement une question d'actualité, et nous croyons qu'il mérite particulièrement l'attention du psychiatre. Il n'est pas dans notre pensée de dénigrer l'intelligence féminine, ni de reprendre la question en remontant à la notion de poids comparé de l'encéphale. Notre but, plus modeste, est seulement d'interroger la clinique, et plus particulièrement celle des schizophrénies, et de savoir si elle peut apporter sa contribution à cette question si délicate et si importante.

Essayons de faire parler les statistiques.

1° Les deux sexes sont atteints dans des proportions à peu près égales (Dide et Guiraud). Deny et Roy émettent la même opinion. Cent hommes pour cent treize femme (Bleuler). En Allemagne, Braun à Munich trouve un tiers en plus de schizophrénies dans le sexe féminin, tout comme Gruhle à Heidelberg, tandis que Rüdin aboutit à un cinquième en plus de sexe masculin. Pollock, aux Etats-Unis, dans une statistique beaucoup plus importante, donne, en 1922, cent trente-six hommes pour cent femmes, et en 1923, cent-treize hommes pour cent femmes. Si l'on a égard à l'extension si variable, selon les auteurs, du diagnostic de schizophrénie, on peut admettre que ces discordances statistiques, que nous empruntons à Mayer-Gross (*Loc. cit.*), s'annulent, et considérer comme une vérité d'expérience l'opinion de Dide et Guiraud, que la fréquence des schizophrénies est égale dans les deux sexes.

2° Dans notre préambule, nous avons, à dessein, omis de citer l'opinion de Christian (Deny et Roy, *La démence précoce*, 1903, page 86). Christian pense que le surmenage scolaire, qu'il définit l'obligation à un travail supérieur à celui que peut fournir l'organisme, se retrouve dans les anamnétiques de beaucoup de déments précoces. Cette opinion, Christian la base sur l'étude de 104 déments précoces (hommes). 58 d'entre eux n'avaient reçu qu'une instruction primaire, parmi eux, on comptait deux instituteurs, un élève d'une école d'Arts et Métiers, huit employés de commerce, cinq employés d'administration. Parmi les 46 autres qui avaient poursuivi leurs études, se trouvaient dix bacheliers se préparant aux Ecoles Navale, Normale Supérieure, Polytechnique, neuf étudiants en Médecine, Droit, Théologie, trois élèves de l'Ecole Polytechnique, un de l'Ecole Centrale, un de celle des Chartes, un de celle des Beaux-Arts.

Cette statistique est intéressante ; mais on peut, à bon droit, la critiquer. En effet, elle a été faite dans le pensionnat de Charenton, qui recevait alors une clientèle de familles de fonctionnaires, avant tout intellectuelle. Rien d'étonnant, si elle renferme une quantité importante d'intellectuels. Il serait plus instructif de savoir si le pourcentage d'intellectuels est plus grand dans le contingent de schizophrènes, pris dans la totalité de nos asiles, que dans la population normale du pays. Nous ne sommes malheureusement pas en mesure d'apporter les résultats de cette comparaison.

Nous voulons seulement verser au dossier de cette question un fait clinique plus modeste, mais que nous croyons significatif. Si l'on examine l'ensemble des schizophrènes traités pendant ces huit dernières années dans le service de psychiatrie de Tours, dont le recrutement est à peu près uniquement rural, on n'y trouve pas un seul instituteur. Par contre, dans le même laps de temps, nous retrouvons dix observations d'institutrices schizophrènes. Soit une catatonie chronique, cinq démences paranoïdes, trois paraphrénies, un cas de délire érotomaniaque ayant prélué à une catatonie actuellement en rémission incomplète.

Les cinq cas de forme paranoïde et le cas de forme catatonique, tous cinq d'évolution rapidement progressive vers la déchéance totale, ont débuté dès la sortie de l'Ecole Normale d'Institutrices, dès les premiers mois de vie professionnelle. Aucune de ces institutrices n'avait alors atteint l'âge de vingt-deux ans.

Ces cinq cas de démence paranoïde sont remarquables par la logorrhée schizophasique. L'une d'entre elles, dont la mère est fort intelligente, mais avec de la névrose cardiaque et une tendance légère à l'interprétation délirante dans le sens paranoïaque, présente, dans sa schizophasie, un vocabulaire d'une richesse peu commune après vingt ans de maladie. Elle était sortie première de l'Ecole Normale d'Institutrices.

Les trois cas de paraphrénie ont débuté après trente-cinq ans, l'un d'entre eux à quarante-deux ans. Ils ont débuté par des phénomènes de la série confuso-mélancolique avec appoint catatonique ; mais très rapidement ont évolué, selon le type hallucinatoire chronique, sans affaiblissement intellectuel notable, avec conservation parfaite de la propreté, de la tenue, et une grande activité ménagère.

Enfin, nous avons eu à traiter une institutrice qui, à trente-deux ans, a présenté, pendant six mois, un syndrome de délire érotomaniaque qui a fait place ensuite à un état catatonique

pendant six mois, suivi d'un déficit compatible avec la reprise de la vie professionnelle.

Les pères de ces dix institutrices étaient, l'un gendarme, les autres très modestes artisans.

Pour aucune de ces malades, on ne relevait d'aliénation mentale parmi les ascendants directs ou collatéraux. Dans la famille de quelques-unes, et particulièrement chez les frères et sœurs, on a noté des bizarreries, mais n'empêchant pas une vie normale.

Nous ne pouvons pas nous retenir de penser que ce lourd tribut payé à la schizophrénie par ces institutrices est la rançon du surmenage scolaire imposé en pleine évolution pubérale à des cerveaux féminins qu'aucune hérédité intellectuelle ne préparait à ce forçage.

Nous terminerons par l'observation d'un cas de schizophrénie évoluant par poussées depuis plusieurs années, avec un affaiblissement quasi-imperceptible, chacune de ces poussées aiguës étant manifestement en rapport avec un effort scolaire. Il s'agit d'un étudiant en médecine que, par discrétion, nous appellerons X... et dont l'observation sera volontairement dépouillée de toutes circonstances de temps et de lieu.

Dans les antécédents héréditaires de X. nous notons les particularités suivantes. Grand-père paternel alcoolique. Grand-mère maternelle, de père inconnu, phobique, et d'un caractère peu sociable. Père cholémique d'un haut degré, migraineux d'un naturel doux, mais sans bon sens, obstiné dans l'erreur, incapable.

Dans sa petite enfance X. est nerveux, pleurnichard, dormant mal. Enfant gâté. Enurésie nocturne jusqu'à sept ans. Lycéen renfermé, phobique, se croyant facilement l'objet de la moquerie. Onanisme. Etudiant timide et solitaire.

A l'occasion du baccalauréat, claustration totale pendant plus d'une semaine avec parosmie et hallucinations passagères de l'odorat. Phobie des maladies vénériennes.

Le lendemain de l'examen du Certificat d'études physiques, chimiques et naturelles (P.C.N.), l'examen passé avec succès, il part en vacances exténué et fait une bouffée délirante nécessitant un séjour de 17 jours dans une maison de santé (Dix-neuf ans).

A la fin de la première année de médecine (vingt ans) crise de délire hallucinatoire. Dans la nuit il cherche à frapper son père et sa mère. Séjour en maison de santé pendant les deux mois de juin et juillet. A l'admission, état de torpeur entrecoupée de sourire discordant et d'épisodes hallucinatoires. Des invisibles font disparaître ses plats. Impulsions violentes : lance à des voisins de lit un urinal et un tiroir, casse une chaise, frappe à tour de bras un sénile impotent.



Constitution athlétique. Pas de signes d'insuffisance glandulaire, pas de troubles vaso-moteurs ni trophiques. Amaigrissement, mauvais état général, fièvre, constipation, subictère. Toutes les recherches, en particulier celle du colibacille, dans les urines et le sang, restent négatives. A la sortie, retour à l'état mental que nous qualifions provisoirement d'habituel et que nous essayerons de préciser à la fin de l'observation.

Troisième crise à vingt-deux ans, en fin d'année scolaire (juin, juillet, août). A l'admission fièvre légère et cholémie. Très confus, très halluciné, il voit dans son infirmier un espion du kaiser et un pédéraste. Il raconte qu'en Bretagne il a été attaqué et sodomisé dans une ferme par des bagnards qui sont maintenant autour de lui. Il est général, chef d'état-major des armées françaises. Au bout de quelques semaines disparition des hallucinations et du délire. Etat indifférent et puéril. Retour à l'état habituel.

Quatrième crise à 23 ans. Le malade ayant été refusé à la session de juillet doit passer ses examens en octobre, et c'est pendant ce mois-là qu'il séjourne à la clinique. Le lendemain de l'échec à l'examen, il va faire une scène violente, étant déjà très confus, dans le service du professeur qui l'a collé. Il accuse sa mère d'être amoureuse de lui et de vouloir le violer. Il se préoccupe beaucoup de ses selles et de ses urines (il faut ajouter qu'en raison de son insuffisance hépatique ses médecins lui ont maintes fois recommandé d'y veiller). Retour en quinze jours à l'état habituel.

Après cette crise, les parents qui jusque-là avaient toujours refusé de suivre le conseil que nous leur donnions dès le début de mettre fin aux études médicales et de trouver pour leur fils un emploi modeste et n'exigeant aucun effort intellectuel décident de gagner du temps en faisant faire à X. son service militaire dans l'espoir secret qu'il pourra peut-être rester dans l'armée. A cette fin ils arrachent, à la complaisance d'un médecin, un certificat attestant la guérison de la maladie mentale qui, l'année d'avant, avait fait réformer temporairement le malade. A la suite de cette démarche, X. est incorporé et nommé médecin auxiliaire. Très rapidement ses chefs cherchent à se débarrasser de lui. Voici ce qu'écrit alors son médecin-chef : « A l'hôpital, où il a été mis en observation, le médecin auxiliaire X. demeure calme et sans histoire clinique. Mais dès qu'il reprend du service, il a des réactions mentales inadéquates, dont voici des exemples. Un jour, au mess des sous-officiers, il se fait servir un verre de bière demande de la glace, trempe la glace dans la bière, suce le glaçon ne boit pas la bière et part sans payer. Un autre jour, il achète des bretelles à la cantine, se promène toute la journée dans le camp avec ces bretelles à la main et finit par les rendre au marchand. A l'infirmerie il s'amuse à tourner à bicyclette autour d'une pelouse, en relevant son pantalon jusqu'aux genoux. En plus de ces bizarreries, le médecin auxiliaire X. ne manifeste aucun goût pour le service. Bien qu'étant en 5<sup>e</sup> année d'études, il semble être complètement étran-

ger à la médecine, pratiquant maladroitement, même après en avoir vu faire un certain nombre, une simple vaccination jennérienne, qui devient pour lui un travail de longue durée. Il ne s'intéresse ni aux malades, ni à aucune causerie technique, quittant brusquement et sans motif le cercle de ses chefs et de ses collègues sans attendre la fin de la conversation. » A la suite de ce rapport, X. est définitivement réformé de l'armée.

Quelques mois après, étant retourné à ses chères études, il vient me demander des conseils en vue de faire exécuter son mobilier professionnel, se renseignant sur l'instrumentation qu'il doit acquérir, sur les dimensions optima des fiches médicales, etc... Dans cette conversation il se montre poli, calme, désireux de se documenter sérieusement ; mais dépourvu de tout esprit pratique et critique.

Deux ans après cette conversation, parvenu à l'âge de vingt-huit ans, ayant poursuivi ses études avec une persévération que rien ne rebute, ayant déniché un sujet de thèse et quelqu'un qui ait bien voulu le lui inspirer, il se met courageusement au travail, amasse une documentation qui ne déparerait pas une thèse comme il y en a beaucoup, et rédige des conclusions très acceptables et non dépourvues d'intérêt. Mais revenu dans sa famille pour se reposer de cet effort accompli pendant la canicule, X. fait immédiatement une nouvelle crise de fureur hallucinatoire. Voyant des assassins autour de lui et de la maison, croyant que ses parents le désignent à la moquerie générale, il les frappe, brise les vitres, fait voler en éclat les portes. A la maison de santé il redevient calme en deux jours, et quelques semaines après sa famille le reprend. Quelques jours avant cette sortie on lui a demandé de répondre extemporanément et par écrit au questionnaire suivant, dont nous transcrivons demandes et réponses.

1° Résumez les conclusions de votre thèse. (Il rédige ces conclusions d'une façon très claire et très méthodique, soulignant bien les points intéressants ; mais nous ne les donnons pas par souci de discrétion).

2° Nommez les branches de l'artère aorte ? — ce sont la carotide, la sous-clavière à droite, réunies à gauche en un seul tronc dit brachio-céphalique, les intercostales, les diaphragmatiques, le tronc coeliaque, dont les branches innervent les annexes du tube digestif, la rénale, la spermatique ; l'aorte se termine dans les artères iliaques primitives.

3° Enumérer les rapports du rein gauche ? (Ne répond pas à cette question).

4° Les signes de la méningite aiguë ? — La méningite aiguë se révèle classiquement par le trépied méningétique : céphalée, vomissements, constipation. On peut indiquer comme signes les plus fréquents les raideurs musculaires (signe de Kernig, attitude en chien de fusil), les contractures musculaires (sic), la photophobie, l'exagération des réflexes.

5° Les signes de l'occlusion intestinale ? — Le signe pathognomonique de l'occlusion intestinale est l'arrêt absolu des matières et des gazs. Elle se manifeste en outre par le péristaltisme, l'anti-péristaltisme intestinaux, par les vomissements d'abord alimentaires, puis bilieux, puis fécaloïdes, par l'atteinte rapide de l'état général.

6° Qu'innerve le nerf radial ? — Le nerf radial innerve principalement les muscles de la loge postérieure de l'avant-bras (zone superficielle et zone profonde).

7° Que savez-vous de l'agent du paludisme ? — Le paludisme est provoqué par l'hématozoaire de Laveran, qui est successivement parasite de l'estomac, de l'anophèle et du sang de l'homme. C'est la division simultanée de tous les hématozoaires et leur mise en liberté hors des globules rouges qui crée la crise fébrile désignée sous les noms de fièvre tierce et fièvre quarte.

Cette sorte d'examen rédigé très rapidement et sans aide, la connaissance que nous avons pu avoir du malade en dehors de ses crises, nous permettent de définir ainsi son état habituel. Niveau intellectuel jugé faible par ses pairs, qui l'ont toujours un peu raillé et tenu à l'écart. Organisation suffisante de la mémoire, travail régulier ont permis à X. d'être bachelier et de ne se faire refuser qu'une fois à un examen de médecine. Timidité extrême, dont l'aggravation par ce lourd passé morbide s'explique sans faire appel à une évolution schizophrénique. Onanisme explicable par elle et une phobie persistante des maladies vénériennes. Attitude humble et résignée avec des changements dans le sens de la fierté ombrageuse comme prodromes aux crises de confusion mentale hallucinatoires. Envers ses parents tantôt serviable, tantôt rogue et violent. Pointilleux et peu galant, au point de réclamer à plusieurs reprises un crayon sans valeur qu'une camarade a oublié de lui rendre. Aimant la musique, mais resté malgré les longs loisirs dans sa chambre, un exécutant médiocre.

L'insuffisance, on le voit, porte moins sur l'intelligence spéculative que sur le tonus affectif, le potentiel d'activité sociale, les forces d'expansion de la personnalité. Cette dernière tenue comme en veilleuse à l'état habituel ne paraît s'exercer que dans les épisodes confusionnels toujours fortement paranoïaques. (Entre parenthèses soulignons que la vie militaire constitue un test de valeur sociale bien supérieur aux examens universitaires inféodés au primat mnémotique).

Tel est cet état de X... que nous avons nommé habituel, que certains qualifieront de schizoïde, que nos prédécesseurs auraient sans doute rangé dans la dégénérescence. Ils auraient alors appelé bouffées délirantes des dégénérés les crises confusionnelles, que l'école allemande nomme volontiers poussées schizophréni-

ques. Mais pour pouvoir appliquer à notre malade cette terminologie allemande, il faudrait que cet état hébéphrénique résiduel soit caractérisé par un abaissement du niveau intellectuel et d'adéquation sociale après chaque nouvelle poussée. Nous nous déclarons incapables d'affirmer qu'il existe, pour l'état mental de ce malade, semblable courbe descendante. Seule d'ailleurs l'évolution ultérieure pourra trancher cette question, qui est en dehors de l'étude que nous avons entreprise aujourd'hui.

Nous avons, pour la même raison, évité d'alourdir cette observation de protocoles thérapeutiques. Les abcès de fixation, la pyrétothérapie soufrée, le choc insulinique, ont été employés, concurremment avec les cholagogues. Mais il semble que seuls le repos et l'isolement aient eu une efficacité indiscutable et rapide.

A chaque fois, le malade, après ses accès confusionnels, a rectifié le délire exprimé au cours de cette période.

La seule chose certaine actuellement dans cette observation est, à notre avis, que, chez X..., un effort scolaire cérébral, comme celui qui est nécessaire à la préparation d'un examen, a régulièrement déclenché des crises d'insuffisance hépatique et de confusion mentale, qui auraient pu être évitées par une hygiène mentale, aisée à préciser, mais qui s'est heurtée dès le début à la sotte vanité de la famille.

Voici donc deux types d'observations. D'une part, celles de ces institutrices, adolescentes normales au départ, démentes au terminus, ayant bien suivi le schéma kräpelinien de la démence précoce. D'autre part, celle de l'évolution d'un adolescent taré dès le départ, observation bien faite pour rappeler que la thèse de la dégénérescence, illustrée par Morel et Magnan, sur laquelle verdit le rejeton tardif de la schizoïdie de Kretschmer, ne peut pas être éliminée du cadre des schizophrénies, toujours en mal de scission. La part respective de ces deux types évolutifs ne pourra être faite que le jour où l'on connaîtra, non plus seulement ces états terminaux qui ne sont que les voies de garage des schizophrénies, mais encore les subtils aiguillages par lesquels le malade, sortant d'un état de confusion ou d'excitation, ou autre état réversible, entre dans un affaiblissement inévitablement progressif. Notre connaissance du cerveau, qui ne permet pas encore la moindre conclusion sur la physiologie ou l'histologie de la catatonie, qui est pourtant le syndrome le plus élémentaire qu'on puisse actuellement isoler dans le bloc

schizophrénique, est encore loin de permettre la solution de ces problèmes.

La pratique du choc insulinique et autres chocs pharmacologiques, quelle que soit la valeur thérapeutique que l'avenir leur accordera, aura du moins le mérite d'obliger à s'attarder à l'étude de ces états schizophréniques réversibles.

Dans un plan tout différent, mais convergeant vers le même but, les observations que nous venons de lire semblent prouver que le surmenage cérébral doit être, dans certains cas de schizophrénies, considéré comme une cause déterminante, ayant déclenché la précipitation de ce mystérieux processus destructeur, dont la schizophrénie (sommation de déficits cérébraux post-critiques) n'est que la séquelle. A ce titre, notre étude peut être considérée comme une contribution à la prophylaxie des schizophrénies.

---



# LA GAUCHERIE ET LE BÉGAIEMENT

(Note pour servir de préface à l'étude de certains troubles  
du langage)

PAR

MAURICE WAHL et S. COTTE

Dans un travail paru dans les *Annales médico-psychologiques*, Mlle V. Kovarsky a évoqué les rapports du bégaiement et de la gaucherie à propos d'une étude faite dans les écoles de la ville de Montpellier (1). Des recherches analogues poursuivies depuis plusieurs années sur les enfants de la ville de Marseille (2) nous avaient amenés à des conclusions voisines de celles de l'auteur cité plus haut en ce qui concerne les rapports de coexistence du bégaiement et de la gaucherie. Sous la direction de M. le Professeur Cotte, nous avons effectué des recherches au laboratoire de physiologie de la Faculté de Médecine, pour étudier l'activité comparée des deux hémisphères cérébraux. Nous voudrions donc insister sur quelques aspects médicaux, physiologiques et psychologiques du problème de la gaucherie qui permettront de mieux comprendre pourquoi les opinions sont si controversées sur ce sujet.

D'abord, qu'est-ce que la gaucherie ? Il faudrait discuter même la définition de cette petite infirmité, disons donc simplement : la gaucherie est une tendance à utiliser les membres gauches pour les travaux d'adresse (pour l'exécution desquels le nor-

(1) VERA KOVARSKY. — La gaucherie. Les troubles fonctionnels d'origine psychogénique chez les gauchers contrariés. *Annales Médico-Psychologiques*, novembre 1938, p. 545.

(2) Recherches de laboratoire sur les troubles du langage et la gaucherie chez les enfants anormaux, par le Pr. J. COTTE, Dr M. WAHL et S. COTTE. *Assoc. franç. pour l'avancement des Sciences. Congrès de Marseille*, 1936.

Dr M. WAHL. — Troubles du langage, d'origine vraisemblablement organique, chez les enfants anormaux. *Gaz. des Hôpitaux*, n° 88, 1936.

mal préfère le côté droit). Cette définition de la gaucherie est très générale, elle permet de rappeler, en particulier, que le type humain courant n'est jamais que partiellement droitier : l'homme préfère l'emploi de la main droite pour les travaux délicats, les travaux d'adresse, c'est-à-dire pour ceux nécessitant d'une part un contrôle constant de l'attention, d'autre part une coordination plus fine, plus précise, des gestes à effectuer. Il demandera plutôt à la main gauche de supporter, etc...

On ne saurait envisager le problème de la gaucherie au point de vue médical sans poser tout au moins la question du rapport de la « *gaucherie cérébrale* » avec la gaucherie proprement dite. Il s'agit de déterminer la fréquence relative de certains centres dans l'hémi-cerveau droit chez les gauchers.

On supposera d'abord, avec la plupart des neurologistes, à la suite de Pick, de Touche, qu'il y a parallélisme entre les localisations cérébrales habituellement unilatérales (fonctions du langage, de la lecture et de l'écriture) et les localisations cérébrales préférentielles des gestes délicats (droiterie ou gaucherie proprement dite). Classiquement, il est admis que, chez les gauchers, les localisations cérébrales unilatérales sont inverses de celles des droitiers. Nous possédons, rapportées par Déjerine, deux observations d'autopsie nettement démonstratives se rapportant à des malades gauchers ayant des désintégrations cérébrales typiques. L'une met en évidence le siège à droite de la lésion : elle est donc confirmative de l'opinion admise, l'autre se rapporte à un gaucher qui avait bien présenté des manifestations fonctionnelles de la série aphasique, à la suite d'une paralysie du côté gauche, mais qui était parvenue (par rééducation pour Déjerine) à guérir intégralement de ces troubles : il existait cependant d'énormes lésions de l'hémisphère droit. La guerre de 1914-1919 a fourni des cas de grands blessés de la tête chez qui de larges pertes de substance de l'un des hémisphères n'ont pas empêché la récupération des fonctions. Il y a lieu sans doute, dans ces questions, de tenir compte de l'âge des sujets.

Foix, dans l'article de traité qu'il a consacré à l'aphasie, insiste expressément sur la rareté possible de la « *gaucherie cérébrale* », c'est-à-dire de la localisation dans l'hémisphère droit des gauchers des centres de la parole. Cette opinion résulte de l'examen de nombreux dossiers d'aphasiques de guerre que l'auteur a compulsés. On voit donc qu'il peut être nécessaire de réserver la question de la fréquence des localisations unilatérales dans l'hémi-cerveau droit des gauchers.

Toutefois, et surtout dans les travaux délicats, les gauchers

paraissent toujours nettement inférieurs aux droitiers. En ce qui concerne leur force musculaire, mesurée au dynamomètre, il est classique que la prédominance de l'hémicorps le plus utilisé fonctionnellement soit constante. Les tendances éducatives, en dépit de certaines recherches rigoureuses, sont encore dans la plupart des pays de rééduquer les gauchers pour les transformer en droitiers.

Van Bardeleben (1910) a pris le terme de gaucherie dans un sens très étendu. En faisant porter ses recherches sur les dispositions anatomiques, il a dressé une statistique montrant que la gaucherie ainsi conçue se manifeste, chez les écoliers allemands, dans la proportion de 11 à 28 0/0, tandis qu'elle n'est plus que de 4 0/0 chez les soldats. Nous n'avons pu dresser de statistique précise de la gaucherie dans les écoles de la ville de Marseille, mais celle-ci aboutirait à des pourcentages très inférieurs. Chez les enfants déficients de notre consultation gratuite, la gaucherie est toutefois fréquente. Il est vrai qu'un assez grand nombre de gauchers de notre consultation le sont par suite de suppléances qui sont rendues obligatoires par des malformations ou des lésions congénitales ou très précocement acquises (hémiplégies, hémiparésies, atrophies ou grosses dystrophies siégeant sur l'hémicorps droit.

On admet que l'homme ne naît pas ambidextre, c'est fort possible dans la majorité des cas tout au moins, mais on a observé des cas exceptionnels et qui paraissent nets, d'ambidextrie (Roos, Wylie, Bateman, Gowers, Byron, Bramwell, Collin). Les temps des réactions physiologiques des deux côtés sont rigoureusement identiques. Les temps physiologiques (réflexes conditionnels) sont plus faibles à droite chez le droitier.

Quelle est la nature intime de la gaucherie ? Elle n'est pas, comme le croient encore beaucoup d'éducateurs, de nature précisément fonctionnelle (quelles que soient les localisations fonctionnelles des centres du langage chez ces sujets). En cela, nous sommes entièrement de l'avis de Mlle Kovarsky.

La gaucherie apparaît à l'observateur comme un trouble dynamique déterminé par un état organique et portant sur l'utilisation de certains souvenirs acquis, proposition qui laisse de côté une dualité possible quant à l'acquisition de ces souvenirs. Mais la gaucherie ne saurait, en aucun cas, — sauf peut-être l'exception, infime par sa rareté, de certains enfants précocement pithiatiques, — être considérée comme acquise fortuitement et d'origine éducative. L'observation directe, ou l'interrogatoire de l'entourage des gauchers, démontre, dès qu'il peut être effectué avec assez

de détails, que c'est là une tendance instinctive naturelle ; on ne peut dire à quel âge précis elle apparaît, mais elle est en tout cas très précoce. L'interrogatoire, l'examen des gauchers, la font remonter avec certitude au moins à l'âge de 4 ans, et sans doute plus précocement encore.

Peut-on hasarder une interprétation de ces faits ? Orton (*Word blindness in school children. — Arch. of Neurology and psychology*, 1915 et 1925-14 p. 581 ; 1927-18 p. 671 ; 1929-21 p. 61) a exprimé l'idée que la cécité verbale congénitale et le bégaiement résulteraient d'une confusion dans la « dominance cérébrale », c'est-à-dire d'un défaut de coordination entre le travail de l'hémisphère dominant et celui de l'hémisphère non dominant. Envisageant cette notion d'hémisphère dominant d'une manière différente, il nous semble que si l'écriture et la parole « automatique » sont intégrées dans l'hémisphère dominant, *l'autre hémisphère intervient aussi dans toutes les activités d'expression symbolique*. La tendance à l'écriture en miroir qui a été souvent signalée dans certains syndromes pose d'ailleurs ce problème, ainsi que celui du mécanisme de la gaucherie cérébrale.

Ainsi, la notion d'activité secondaire de l'hémisphère non dominant permettrait peut-être de comprendre mieux l'opinion de Bryngelson et Clarke qui, dès 1933, ont admis que *le bégaiement serait dû, dans 81 0/0 des cas, à la transformation de gauchers en droitiers*.

Voici quelle fût la base expérimentale des recherches poursuivies pour arriver à dissocier le fonctionnement des deux hémicerveaux (1). Nous admettons que l'hémi-cerveau qui travaille est à ce moment le plus richement irrigué. M. le Professeur Cotte conclut que le sang ainsi appelé en surplus n'afflue pas seulement dans la carotide interne, mais que la carotide externe, elle aussi, entre en vaso-dilatation par suite d'un réflexe dont la logique ne s'impose pas à l'esprit. Il se produit ainsi un échauffement plus marqué de l'hémi-tête correspondante (2). Si nous appliquons sur les deux côtés de cette région des séries de couples thermo-électriques en relation avec un galvanomètre sensible, il nous sera pos-

(1) P<sup>r</sup> COTTE. — *C.R. Soc. de Biol.*, t. CIV, p. 244, 1930, et t. CXXIX, p. 1538, 1935.

(2) L'un de nous dans sa thèse (WAHL : *Epilepsie traumatique*, Marseille, 1931-32) avait cru également discerner avec une instrumentation beaucoup plus rudimentaire le même phénomène au cours de crises d'épilepsie localisées : phénomène d'ailleurs différent de la vaso-rétraction paralytique permanente de certaines hémiplegies.

sible de recueillir sur un papier photographique qui se déroule, les déplacements d'un spot lumineux.

Nous avons obtenu des graphiques *très nets* qui sont *nettement* inversés chez les gauchers par rapport aux droitiers, pour l'exécution d'un même mouvement.

On nous avait objecté à l'époque (les causes d'erreur dues au refroidissement plus marqué d'une héli-face par suite de l'inclinaison involontaire de la tête au cours d'un mouvement du corps comme l'acte de se lever, étant définitivement écartées) l'intervention de courants secondaires dans les éléments thermo-électriques par polarisation électrique des électrodes sous l'effet des substances acides ou salines sécrétées par la peau. Nous avons fait remarquer combien cette cause d'erreur est faible par rapport à la sensibilité thermo-électrique des couples fonctionnant parallèlement. Au surplus, il existe actuellement dans le commerce, un appareil, conçu par Saidman, où cette cause d'erreur a été supprimée.

Il serait intéressant, et nous y insistons, d'étudier directement les courants électriques témoins de l'activité nerveuse de l'encéphale, grâce aux appareils récents d'électro-encéphalographie dont les résultats viennent d'être codifiés en France par les travaux d'Ivan Bertrand et de Mlle Guillain.

Dans le domaine clinique et à la suite de l'observation de nombreux enfants, nous voulons insister :

1° sur la fréquence souvent signalée, et ici-même, de la coexistence du bégaiement et de la gaucherie, sur leur alternance fréquente dans les mêmes familles, sur l'apparition fréquente du bégaiement chez les gauchers ;

2° sur ce fait que dans les retards électifs graves de la parole on retrouve de la même façon, dans les antécédents directs ou collatéraux proches (oncles ou tantes), la gaucherie, le bégaiement ou la dysarthrie ;

3° qu'on voit s'ajouter, dans ces cas graves à ces causes prédisposantes, des *tares plus récentes* et *beaucoup plus graves*, généralement multiples (syphilis nerveuse, hémiplegies syphilitiques, alcoolisme, mariages consanguins) ;

4° que le bégaiement, très fréquemment associé à la gaucherie, est, pour nous, une déficience légère portant sur l'utilisation ou, si l'on préfère, la réévocation de certains souvenirs acquis, et non sur l'acquisition de ces souvenirs.

---



# SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

---

*Séance du Jeudi 11 Mai 1939*

---

**Présidence : M. LAIGNEL-LAVASTINE, président**

---

## **VI<sup>e</sup> Réunion Européenne d'Hygiène Mentale**

Sur la proposition du Bureau, Mme MINKOWSKA, MM. René CHARPENTIER, Eugène MINKOWSKI et Jacques VIÉ sont désignés pour représenter la Société Médico-Psychologique à l'Assemblée commune de la *Société suisse de psychiatrie* et de la *Société suisse de neurologie*, et à la *VI<sup>e</sup> Réunion européenne d'Hygiène mentale*, qui auront lieu du 3 au 6 juin prochain, à Lugano.

## **PRÉSENTATIONS**

**Une observation de travestissement tardif,**  
par MM. J. LEVY-VALENSI, H. PEQUIGNOT et F. PASCHE.

Nous avons actuellement l'occasion d'observer un travesti dont l'histoire nous semble mériter d'être racontée. Il porte, en effet, à d'intéressantes réflexions sur la nature exacte des troubles psychopathiques dont il souffre.

Ce malade de 45 ans, ajusteur-mécanicien, se présente à la consultation afin d'être guéri d'impulsions irrésistibles dont il souffre depuis plusieurs années. Il lui prend l'envie de s'habiller en femme, de mettre

des bijoux, de se farder et il ne peut s'en empêcher. Cela lui arrivait assez rarement au début, mais, ces temps derniers, il doit céder tous les jours et plusieurs fois par jour. Il n'a pas encore éprouvé le désir de sortir ainsi jusqu'à maintenant, mais ayant lu dans un ouvrage spécialisé que c'était dans l'évolution normale de son aberration et pour cela seulement, il affirme que bientôt il faiblira ; il redoute cette éventualité par-dessus tout, car il ne veut pas se rendre ridicule et surtout « passer pour ce qu'il n'est pas ».

A l'examen, il se présente comme un hyperémotif, un suggestible, un hypomaniaque avec logorrhée, verbe haut. Il est difficile de le ramener au sujet des questions qu'on lui pose. Il accuse des signes évidents d'éthylisme : réflexes vifs, tremblements émotifs, douleur à la pression des masses musculaires, nausées au réveil, nuits mauvaises avec cauchemars souvent professionnels, scènes de chutes, d'assassinats. Il avoue boire journellement vin, rhum et apéritifs, surtout quand il est oisif ou ennuyé. Il reconnaît être très coléreux, il brise alors les meubles, mais ne se livre jamais aux voies de fait.

Quoiqu'il prétende ne s'être travesti pour la première fois qu'à la suite de graves ennuis professionnels : chômage en 1930, il a en réalité commencé à mettre les boucles d'oreilles de sa femme sous un prétexte quelconque en 1920, 6 mois après son mariage, au cours d'une période de dépression causée par des excès sexuels conjugaux. Par la suite, la mi-carême, le mardi-gras, les bals étaient autant de prétextes pour s'habiller en femme, mais la perte de son emploi porta ses troubles à leur paroxysme. Ses proches le trouvent enfermé à clef dans sa chambre, costumé. Il dépense tout son argent en linge et en bijoux. Il tente, d'ailleurs sans succès, d'avoir, ainsi affublé, des rapports avec sa femme. Celle-ci « dégoûtée » se refuse finalement à toute relation. Actuellement il se dit à peu près impuissant.

Quand on l'interroge sur le plaisir que lui donne son habitude, il insiste sur le sentiment de bien-être qu'il éprouve : « J'oublie tous mes ennuis, je suis bien. Je vis une autre vie. » Ce qui paraît essentiel ou au moins primitif ce sont les sensations tactiles. Au début le simple contact du linge avec sa peau suffisait à lui donner un plaisir complet. Par la suite il se masturba. Actuellement il n'éprouve rien de physique, mais plutôt une détente morale. De plus il trouve que cela lui va bien, se regarde avec complaisance, se fait photographier et porte les photographies sur lui. Ainsi vêtu les femmes ne lui disent plus rien. Par contre, il lui a suffi pendant longtemps de reprendre des relations avec sa femme pour ne plus penser à sa « manie » pendant plusieurs jours. Quand son travail lui plaît, qu'il reprend assez de goût à la vie pour faire de la musique et lire des revues de vulgarisation, il n'y pense plus. Ce trouble, comme son éthylisme, semblent augmenter avec l'affaiblissement ou l'arrêt de ses activités normales : professionnelles, sexuelles, intellectuelles et avec le degré de son état de dépression.

Dans ses antécédents héréditaires on ne peut noter qu'un père éthy-

lique et coléreux, mais non brutal. Ses antécédents personnels présentent plus d'intérêt. C'était un enfant affectueux et hyperémotif. Il n'aimait pas jouer avec les autres garçons dont il redoutait la brutalité. Il passait toutes ses heures de loisir auprès de sa mère, occupé à de petits travaux sédentaires où il se serait montré très adroit. « J'aimais lui voir faire de la dentelle, elle était si heureuse de m'avoir à côté d'elle. Mon père me reprochait toujours de ne pas aimer les travaux durs et préférerait beaucoup ses autres enfants. » Il était très attaché à son frère cadet : « Il était encore plus doux que moi », et a été très affecté par sa mort au cours de la guerre. « Ça aurait été un soutien pour moi dans la vie. » Depuis la mort de ces deux parents, il ne semble avoir éprouvé aucun sentiment fort, toute son affectivité semble résumée dans l'attachement qu'il leur portait. Les femmes ont eu peu d'importance dans sa vie. Il n'a pas d'ami, pas même de camarade : « Je fuis les gens ».

Sa sauvagerie paraît due à l'idée avantageuse qu'il se fait de lui-même. Il se croit très supérieur à son milieu. Il serait d'ailleurs industriel, actif, avide de s'instruire. Il oppose son goût pour la musique, « sa curiosité scientifique », son ingéniosité de bricoleur, son adresse manuelle à l'ignorance et à l'incapacité de son entourage. En public il parle beaucoup, mais de lui et, dit sa femme : « Pour lui tout seul ». Il ne supporte pas la contradiction. Il semble aux siens autoritaire, orgueilleux, irascible. Il reproche à sa femme et à ses camarades d'atelier leur grossièreté et leur manque de délicatesse. Sa femme est une « paysanne », elle n'a aucune coquetterie ; les copains sont obscènes, chahutent, le taquent, il ne peut supporter cela et s'en plaint constamment. « D'ailleurs je n'ai jamais aimé jouer. » Aussi préfère-t-il rentrer en lui-même, ne s'occuper de personne. « Bonjour, bonsoir, c'est tout. » « Mon accordéon, mon petit jardin, mes bouquins, la mécanique, voilà ce qu'il me faut. Je suis bien quand je suis seul et occupé. » Il n'a pas d'enfants et ne semble guère le regretter.

Ses rapports avec les femmes sont très significatifs. Jeune, il sortait peu, ne s'occupait guère des femmes, quant aux hommes il n'y a même jamais pensé. Il fréquentait seulement à de longs intervalles, les maisons closes. Pas de maîtresses jusqu'au retour de la guerre, il avait 27 ans. A ce moment-là il rencontre une femme avec laquelle il a de nombreux rapports en pleine campagne, ce qui lui plaisait beaucoup, car elle ne pouvait se dévêtir entièrement. Les femmes en effet n'ont jamais pu lui inspirer de désir que vêtues ou au moins parées de « jolis dessous ». Il y attache beaucoup d'importance, y porte grande attention, détaille les moindres ornements et se prétend fort difficile. Une femme qui ne porte pas au moins une chemise et de beaux bijoux ne lui dit absolument rien. Un corps entièrement nu le dégoûte. « Au début de notre mariage, j'achetais à ma femme des boucles d'oreilles et des broches qu'elle laissait traîner dans les tiroirs. Cela me faisait tant de peine que je les mettais moi-même. » Toutefois, son désir n'a jamais été éveillé par un objet isolé. Il s'agit pour ainsi dire d'un fêti-

chisme en puissance. Ses rapports par ailleurs sont absolument normaux et sa femme dit de lui qu'il est bizarre, mais « qu'il n'est pas vicieux ».

Dans quelle catégorie ranger ce malade ? Il est évident qu'il ne s'agit pas d'un homosexuel, le sujet n'a jamais été attiré par les hommes, il semble bien avoir toujours eu des pulsions normales vers le sexe opposé.

Il s'agit, à notre avis — et l'un de nous arrivait récemment à la même conclusion en étudiant la vie d'un travesti célèbre, l'Abbé de Choisy — d'un fétichiste. Ce fétichisme est amplement démontré par de nombreux points de notre observation :

— l'importance attachée, au cours de l'acte sexuel, aux dessous et aux bijoux dont la présence et le luxe sont à peu près indispensables à son accomplissement ;

— la jouissance que le sujet retire de son travestissement ; si le malade insiste actuellement sur le caractère purement moral de ce plaisir, il est hors de doute que cette jouissance fut à l'origine sexuelle. Cette transformation graduelle du plaisir ressenti n'est d'ailleurs pas sans rapport avec l'impuissance progressive du sujet.

L'origine de ces pulsions fétichistes paraît bien acquise, et, à ce point de vue, leur évolution nous paraît digne d'être notée. En rapport tout d'abord avec l'éducation « féminisante » que le sujet a reçue et qui le rapprocherait de son grand ancêtre, l'Abbé de Choisy, elles se bornèrent, pendant longtemps, à l'exigence de linge et de bijoux portés par la femme comme préparation ou complément du coït. Enfin, elles n'apparurent avec leur caractère actuel que sous l'influence de facteurs émotifs tels que chômage, manque d'argent, conflits conjugaux, etc... Mais surtout il semble que le sujet, normalement capable de résister à son besoin, perd toute possibilité d'inhibition quand son émotivité est surexcitée par l'alcool. On donnera une idée de l'importance de ce facteur en rappelant que l'éthylisme a, chez notre malade, commencé il y a dix ans et est, depuis, soigneusement entretenu.

Il semble — si tant est qu'on puisse espérer le guérir de ses habitudes d'intoxication — que c'est là la voie où doit s'engager tout d'abord la thérapeutique.

M. VIÉ. — Le malade s'est révélé à nous un débile vaniteux, fier de lui et de tous ses actes. Son travestissement, dont il est aussi fier que de tout ce qu'il fait, est, avec la boisson, une

curieuse occupation des loisirs forcés du chômage. Son cas ressortit en partie à la pathologie du désœuvrement.

M. COURBON. — Ce n'est pas la recherche des réactions provoquées sur les autres par sa mise qui le fait se travestir, puisqu'il reste solitairement dans sa chambre quand il se revêt d'accoutrements féminins. Sans prétendre recourir à des explications psychanalytiques, on peut dire qu'une telle conduite réalise un travestissement narcissique.

M. HESNARD. — Le terme narcissisme n'est pas une invention psychanalytique. Il existait avant Freud. C'est Havelock-Ellis qui l'a introduit dans la terminologie médicale.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Ce cas, très intéressant, complète la série des types de travestis qui ont fait l'objet de la thèse très documentée de mon élève, Mme Masson. Il se peut que le fléchissement de la puissance génitale, qui précéda cette pratique du travestissement, soit pour beaucoup dans son déterminisme.

### Psychoses colibacillaires aiguës, par M. P. GUIRAUD.

Il serait superflu de faire, devant vous, l'historique des psychoses colibacillaires. Il me suffit de vous rappeler le nom du Professeur Vincent (1), qui a démontré que le colibacille sécrète une exotoxine neurotrope capable de provoquer, chez les malades, de multiples troubles nerveux et mentaux aigus ou chroniques et le nom de notre collègue, H. Baruk (2) qui, dans toute une série de recherches, a décrit l'aspect clinique, l'évolution et le traitement des psychoses colibacillaires.

Dans la présente communication, je désire attirer votre attention sur l'importance des psychoses colibacillaires dans un service qui reçoit surtout des malades aigus fébriles.

En quelques mois, j'ai pu en rassembler cinq exemples typiques, preuve de leur fréquence ; toutes les fois que j'ai utilisé le

(1) VINCENT. — Sur la pluralité des toxines du *B. coli*. *C.R. Acad. des Sciences*, 1925, p. 1624 et 1928, p. 787.

— Sur les effets pathogènes exercés chez l'homme et chez l'animal par l'exotoxine neurotrope du *B. coli*. *C.R. Acad. des Sciences*, 1929, p. 381.

— Rôle de l'intoxication colibacillaire dans la genèse de certains troubles mentaux. *C.R. Acad. des Sciences*, 28 août 1933.

(2) H. BARUK. — *Psychiatrie médicale*. Masson, édit., Paris, 1938. On trouvera dans ce volume toute la bibliographie et les travaux de Baruk et de ses collaborateurs.



sérum de Vincent, j'ai obtenu de rapides résultats favorables ; enfin, j'ai souvent noté la coexistence de dolichocolon, d'appendicite chronique chez mes malades, ainsi que deux fois des pyélites bloquées dont l'évacuation spontanée a coïncidé avec une amélioration rapide. Toutes ces constatations ne sont pas nouvelles et confirment les travaux du Professeur Vincent et de Baruk, auxquels j'estime qu'on n'a pas encore accordé tout l'intérêt qu'ils méritent.

Voici d'abord les observations détaillées, que je ferai suivre de quelques remarques.

OBSERVATION I. — Mme B. E..., 37 ans, entre le 10 février 1937, avec le certificat suivant :

« Anxiété intense. Thèmes variables, essais d'explication délirante : on l'a empoisonnée dans ses aliments, on prépare quelque chose contre elle, on veut la faire disparaître peut-être parce qu'elle a épousé un juif. Agitation dans le service. Vellétités de fugue. » A son entrée l'aspect de la malade est transformé, la température monte brusquement à 40°, l'état général paraît grave, faciès grippé, avec expression anxieuse, cris, gémissements, agitation désordonnée. L'exploration de l'abdomen indique une zone douloureuse dans le flanc gauche. Stase fécale. Urée sanguine 1 gr. 10. Urines claires. Traitement du délire aigu infectieux : septicémie et huile térébenthinée 3 cc. L'état général s'aggrave. Après libération de l'intestin par des lavements on sent à la palpation profonde dans le flanc droit une tuméfaction douloureuse du volume d'une mandarine. On décide de faire un catéthérisme de l'uretère, mais le lendemain matin avant l'arrivée de l'urologiste, la malade émet, au lieu de l'urine claire habituelle, 300 cc. de véritable pus fétide, couleur purée de pois avec nombreux leucocytes déformés et innombrables microbes, les uns prenant le gram, les autres non. Urotropine, vaccin colitique quotidien.

Amélioration rapide de l'état physique, chute brusque de la fièvre, disparition de la confusion, persistance d'un état dépressif avec craintes imaginaires, amnésie de la plupart des événements de sa maladie. Quinze jours après son entrée dit : « On m'a apportée ici ce matin, que m'est-il arrivé, pourquoi mon ancien mari vient-il ici, j'ai toujours l'impression qu'il veut me tuer. A-t-il essayé ? Tout de même j'ai été bien malade. »

La malade sort guérie le 25 mars.

Le 30 mai elle est ramenée dans le service présentant un tout autre tableau clinique : état mélancolique avec anxiété intense, agitation, craintes d'être suppliciée. Vagues idées délirantes d'auto-accusation et de ruines. Bon état général, réaction subfébrile insignifiante, 37°8 pendant deux jours. La maladie évolue comme un accès typique de psychose maniaco-dépressive. Sortie guérie deux mois après (16 juillet 1937).

Récemment, nous avons appris que la malade a fait un nouvel accès dépressif avec tentative de suicide par défénéstration.

OBSERVATION II. — Mme L. S..., 49 ans. Aurait été internée deux fois à 25 et à 37 ans pour accès maniaques, mais ses dossiers n'ont pu être retrouvés.

Entre dans le service le 17 novembre, avec le certificat suivant :

« Est atteinte de confusion mentale : désorientation, amnésie, onirisme probable, anxiété, obtusion, confusion des idées, incohérence verbale, agitation, refus d'aliments, crachotements, fièvre 39°1. Faciès coloré, congestion des conjonctives. »

A l'entrée le symptôme le plus frappant est un ballonnement énorme de l'abdomen : sonorité dans la région sous-ombilicale, matité ailleurs. Une succession de lavements évacuateurs (émulsion d'huile de ricin dans du jaune d'œuf) provoque non sans difficulté une débâcle fécale prolongée pendant plusieurs jours. Dès le lendemain de l'entrée s'installe un état de somnolence confinant au coma, conservation presque indéfinie des attitudes imposées, inertie complète, mutisme, refus d'aliments, état général inquiétant, urée 1 gr. 15. Conjonctivite bilatérale intense. Cet état correspond, sous une forme particulièrement grave, à ce que H. Baruk appelle les formes narcoleptiques et catatoniques des psychoses colibacillaires. Son association avec un abdomen qui même après la débâcle fécale reste très volumineux et fait penser à un dolichocolon et avec la conjonctivite ne laisse pas de doute sur l'origine colibacillaire des troubles mentaux. Particularité un peu surprenante l'urine n'est pas trouble et ne contient que de très rares bactéries trapues, ne prenant pas le Gram.

Sérum anticolibacillaire de Vincent 20 cc. par jour pendant 4 jours. Chute de la température, réveil progressif de la malade. Apparition d'une cystite colibacillaire évidente avec pus, mauvaise odeur, nombreux colibacilles. Cette cystite cède en quelques jours à des instillations de flavurol à 1/100, au bleu de méthylène et à l'urotropine. Il est très probable qu'un bassinnet purulent s'est débloqué et a provoqué cette cystite transitoire.

Une radiographie confirme le diagnostic de dolichocolon.

Amélioration rapide et complète, la malade sort guérie le 10 décembre. Revue un mois après en excellent état.

OBSERVATION III. — Mme S. M..., 42 ans. Mère internée pour démence sénile. La malade n'avait pas présenté auparavant de troubles mentaux. Est placée dans le service le 9 décembre 1938 avec le certificat suivant :

Est atteinte de paralysie générale probable. Aspect confusionnel avec réponses imprécises, propos délirants flous et peu cohérents, subexcitation psychique, anxiété par intervalle, hostilité, opposition, turbulence épisodique. Antécédents spécifiques. Soignée irrégulièrement depuis plusieurs années, plusieurs fausses-couches, accouchement normal il y a 4 mois.

Pupilles paresseuses. Sang négatif. Liquide : Alb. 0,75, Pandy +, Weichbrodt +, Leucocytes 50, Benjoin 22222.22222.21000, W. +.

A son entrée la malade est dans un état de grande agitation désordonnée, elle fait des bonds sur son lit, doit être maintenue, elle pousse des cris, ne reconnaît pas sa famille, ne répond pas aux questions, soliloque incohérente. Etat saburral des voies digestives, fuliginosités buccales, boit facilement. Azotémie 0,90. Fièvre élevée atteignant 39°2. Etat général mauvais. Urines troubles, pus, avec nombreuses cellules épithéliales, leucocytes, bactéries abondantes ne prenant pas le Gram.

Nous pensons à un épisode confusionnel colibacillaire venant compliquer une paralysie générale. Nous prescrivons le sérum anticolibacillaire de Vincent à la dose de 20 cc. par jour pendant 4 jours, associé à l'urotropine et au chophytol. Baisse rapide de la température, amélioration de l'état général, les urines redeviennent claires, la malade reste confuse, mais beaucoup moins agitée, répond mieux aux questions.

Le 24 décembre, 8 jours après la première injection de sérum, apparition d'une éruption en placards, qui cède en un jour à l'hyposulfite et à l'éphédrine.

Au début de janvier l'épisode confusionnel peut être considéré comme fini. Persistance d'une amnésie avec désintérêt, bradypsychie, improductivité mentale, symptômes de la paralysie générale sous-jacente. Une radiographie indique l'existence d'un dolichocolon pelvien.

Le 1<sup>er</sup> février, la malade est malarisée, 8 accès réguliers. Après la malaria, nouvel épisode de confusion, mais apyrétique, désorientation, illusions de reconnaissance, réponses invariables et fausses. Traitement par le stovarsol sodique 20 gr. Etat actuel. Retour des fonctions psychiques, malade calme, tranquille, affectueuse, capable de sortir. Souvenir très imprécis de l'épisode confusionnel colibacillaire.

OBSERVATION IV. — Mme Lef. E., 40 ans. Accouchement le 5 mars 1939. Entre le 21 mars, avec le certificat suivant : Présente un état confusionnel puerpéral. Excitation psychique incohérente, propos sans suite, réponses à côté, troubles de la mémoire et de l'orientation, syndrome hallucinatoire flou, agitation désordonnée. Etat général médiocre. Température aux alentours de 38°. Etat saburral des voies digestives.

Cette malade est une des plus grandes agitées que nous ayons vues depuis longtemps. Pendant une dizaine de jours, elle n'a cessé de bondir dans son lit, malgré le maillot qui la maintenait ; la tête, les mains, les pieds étaient en mouvement perpétuel. Tout examen devenait une lutte. Elle avait la figure congestionnée, rouge, suante, et criait jour et nuit des paroles incohérentes et mal articulées. Elle s'alimentait assez bien. L'azotémie examinée au début n'était que de 0,60. Aucun médicament n'arrivait à la calmer, ni le gardénal, ni la

morphine, ni le sedol. Pas de pertes vaginales. Pas de microbes dans les urines, légères traces d'albumine. La température oscillait entre 38° et 39°. Amaigrissement progressif.

La sérothérapie colibacillaire a été instituée à la suite du raisonnement suivant : les psychoses puerpérales pures par insuffisance vitamino-hormonales n'ont pas de fièvre ; l'origine infectieuse est évidente dans l'espèce à cause de l'hyperthermie élevée et persistante. Le streptocoque n'est pas en cause, le rubiazol reste sans effet sur la fièvre, pas de sécrétion vaginale. La colibacillose reste la seule infection possible. 80 cc. de sérum anticolibacillaire en cinq jours supprime définitivement la fièvre.

Actuellement la malade est agitée, mais beaucoup moins, elle s'alimente bien, elle a repris bonne mine, mais elle reste confuse, à la confusion tend même à s'ajouter une fuite d'idées à caractères maniaques. On peut se demander actuellement s'il faut reprendre la sérothérapie ou si les troubles mentaux ne sont que la traduction de l'épuisement des cellules nerveuses qui se répareront peu à peu.

OBSERVATION V. — Mme Ch. M., 40 ans, entre le 17 avril, venant d'un hôpital. L'année dernière elle avait déjà souffert du ventre et avait consulté un médecin qui avait prescrit de l'urotropine. Au début d'avril 1939, douleurs abdominales, s'agite chez elle, déclare qu'il y a le feu, veut se sauver par la fenêtre. Dès le lendemain de son entrée l'état général s'aggrave rapidement, la fièvre atteint 39°6, agitation désordonnée, lèvres fuligineuses. Le troisième jour refuse de s'alimenter, stupeur avec mutisme alternant avec une agitation extrême, grimaces, soubresauts, en somme début de délire aigu. Sérothérapie anticolibacillaire, 20 cc. par jour, associée à l'alcool intraveineux, 5 cc. par jour. Dès le deuxième jour, la malade recommence à boire, la fièvre baisse par paliers, reconnaît peu à peu sa famille, demande où elle est. A reçu, en 7 jours, 140 cc. de sérum. A ce moment se plaint de douleurs dans la fosse iliaque droite. Est envoyée au chirurgien qui confirme le diagnostic d'appendicite subaiguë et met la malade au repos pour l'opérer bientôt. Les troubles mentaux sont guéris.

OBSERVATION VI. — L. J., 39 ans. Traitée une première fois en juin 1936 pour état confusionnel, avec fièvre élevée 41°8 à son maximum, agitation désordonnée, refus d'aliments, onirisme, fuliginosités buccales, langue sèche. Amélioration rapide. La malade sort le 6 septembre 1936 guérie depuis longtemps. Dès cette première entrée la famille signale la constitution cyclothymique évidente.

Deuxième entrée le 10 novembre 1938, avec le diagnostic de psychose périodique. État maniaque typique, mobilité de l'humeur, facéties, fuite des idées, pas de désorientation, agitation motrice. Mais en même temps, on constate une fièvre élevée dans les environs de 39° pendant une dizaine de jours. La malade ne présente aucun symptôme confusionnel. Ballonnement abdominal considérable, stase fécale.



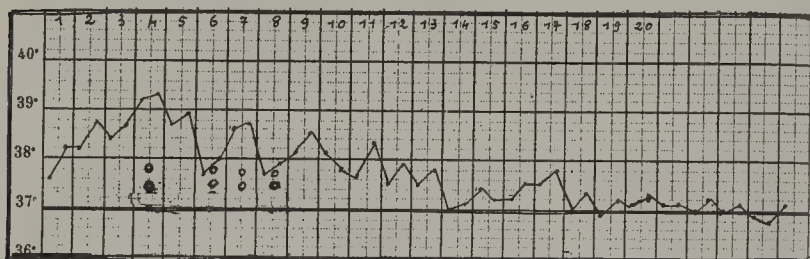
L'examen direct de l'urine montre des débris de cylindres graisseux et épithéliaux, de nombreux leucocytes et une importante flore bactérienne dans laquelle prédomine le colibacille. L'état se complique du fait de l'apparition d'un abcès à la fesse consécutif à une injection intramusculaire pratiquée 10 jours après son entrée. Incision, guérison. Sortie le 9 avril 1939. Dans ce cas la poussée de colibacillose a réalisé un syndrome maniaque pur chez une cyclothymique certaine.

1° *Importance de la prédisposition mentale et nerveuse.* — Parmi les six cas que je viens de rapporter, figurent deux malades atteintes de psychose maniaque dépressive (obs. 1 et 6), une malade qui avait déjà été internée deux fois (obs. 2) et enfin une paralytique générale (obs. 3). La coexistence de la constitution maniaco-dépressive et de l'intoxication colibacillaire provoque des manifestations psychiques particulières. Quand l'épisode colibacillaire prend une forme aiguë et grave, la malade présente un état confusionnel absolument pur avec désorientation, amnésie, illusions de reconnaissance, onirisme, ne différant en rien des psychoses aiguës banales. Même quand s'ajoutent à la confusion des craintes imaginaires, de l'onirisme terrifiant et autres éléments de la série dépressive, il n'est pas certain que la constitution cyclothymique joue un rôle, puisque nous voyons quantité de confus, sans aucune prédisposition, réaliser des états dépressifs analogues. Mais, d'autres fois, l'atteinte colibacillaire accompagnée de fièvre débute chez ces malades par un état maniaque typique avec agitation, fuite d'idées, euphorie, variabilité d'humeur, sans aucune désorientation, ni amnésie, ni confusion. Ces derniers symptômes apparaissent seulement si l'état s'aggrave.

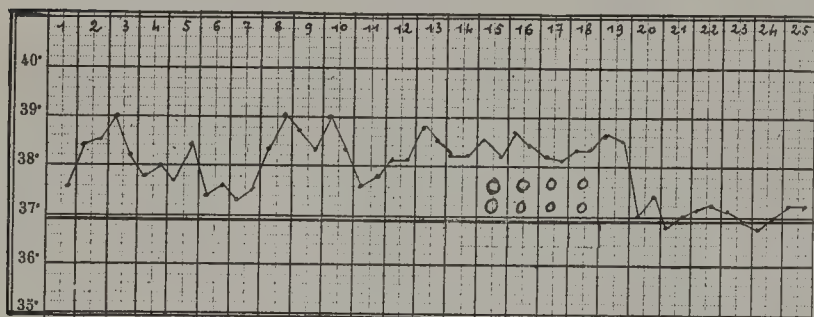
Il en est de même pour la mélancolie. Il faut conclure de ces constatations que, chez les cyclothymiques constitutionnels, une cause toxi-infectieuse quelconque peut provoquer un syndrome soit maniaque, soit mélancolique. D'autre part, quand on juge sur dossiers, la notion d'internement multiple ne suffit pas pour établir le diagnostic de psychose maniaque dépressive, tous les troubles mentaux par cause exogène pouvant récidiver. L'élément décisif est fourni par le comportement habituel du sujet en dehors des accès. Les maniaco-dépressifs sont toujours signalés par leur entourage comme présentant de longues périodes de dépression ou d'hyperactivité et d'euphorie. Notre malade 4 (obs. 6) était considérée comme anormale par toute sa famille pendant toute la période qui a séparé les deux internements. De même, la malade B... était une inquiète, avec tendance à l'auto-accusation.



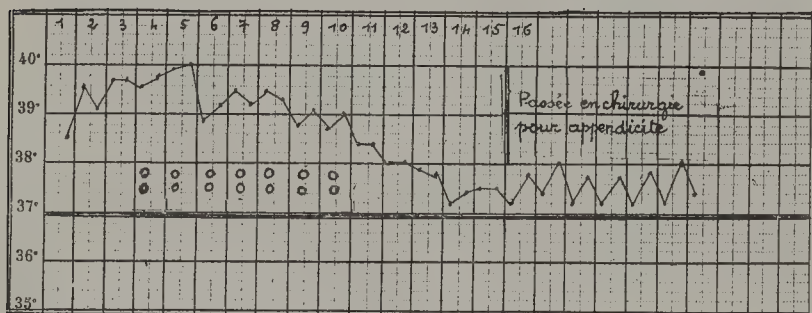
Dans l'observation n° 3, la confusion colibacillaire vient épisodiquement compliquer la paralysie générale. On ne doit pas



OBS. n° 3. — Les cercles représentent 10 cc. de sérum de Vincent.



OBS. n° 4.



OBS. n° 5.

accepter à la légère la notion de délire fébrile résultant du processus paralytique lui-même, le fait existe, mais il est rare ;

la fièvre correspond souvent, chez les paralytiques généraux, à une rétention d'urine méconnue, parfois à la broncho-pneumonie, et quelquefois à la colibacillose favorisée par la stase fécale, à une eschare et même à des méningites aiguës à pneumocoques, comme j'en ai publié plusieurs exemples. La même observation pose la question des psychoses puerpérales, la malade ayant accouché quatre mois auparavant. Beaucoup de troubles mentaux survenant 4 ou 5 mois après l'accouchement résultent de pyélonéphrites gravidiques torpides et n'entrent pas dans le cadre des psychoses puerpérales vraies. La démonstration peut être fournie dans ce cas particulier, la malade a eu son retour de couches avant de tomber malade, preuve que l'équilibre hormonal s'était rétabli.

2° *Colibacillose et délire aigu.* — Dans notre communication de novembre 1938 avec L. Sauné (1), après description de la pathogénie des symptômes des délires aigus, nous apportons une classification de ces délires suivant les facteurs étiologiques ; dans la deuxième variété, nous signalions les délires aigus résultant de maladies infectieuses générales, lésant les centres hypothalamiques par les *toxines microbiennes*. Actuellement, je me demande si le colibacille n'est pas l'agent d'un très grand nombre de ces délires à cause, précisément, du neurotropisme de sa toxine. Dans cette communication, je n'apporte pas la preuve absolue de cette affirmation en ce sens que l'état général de nos malades n'a jamais été assez grave pour mériter le nom de « délire aigu », mais je suis convaincu que, s'ils n'avaient pas été soignés par le sérum de Vincent, plusieurs d'entre eux auraient réalisé un véritable délire aigu mortel. Dans les observations n°s 1, 2, 3, l'urée atteint déjà 1 gr. 15, certaines malades commencent à ne plus s'alimenter et reçoivent des injections de sérum artificiel. Elles présentent des fuligilosités buccales et du parasitisme mimique sous forme de grimaces. J'ajoute que, dans plusieurs cas à évolution malheureuse étudiés antérieurement, j'ai trouvé du pus dans l'urine et des colibacilles ; je regrette maintenant de n'avoir pas employé alors le sérum anticolibacillaire. La raison principale de ma communication est d'attirer l'attention de mes collègues sur la possibilité d'atteinte colibacillaire dans un certain nombre de cas de ce que nous appelons « délire aigu ».

Jusqu'à maintenant, la cause de la plupart des délires aigus

(1) P. GUIRAUD et L. SAUNÉ. — Pathog. des symptômes du délire aigu. *Ann. Méd.-Psych.*, 1938, T. II, p. 574.

nous reste inconnue et notre thérapeutique, pour si active qu'elle soit, se borne à des anti-infectieux, à des diurétiques (chohydol, perrenal), à des injections de sérum sous-cutanées ou intraveineuses et à des toniques cardiaques. Notre action tend à prolonger la période pendant laquelle l'organisme est capable de se sauver lui-même et quelquefois à prolonger seulement l'agonie. En présence d'une intoxication colibacillaire, nous avons le pouvoir d'attaquer directement l'agent pathogène. Une objection vient spontanément à l'esprit : nous pouvons difficilement faire la preuve qu'il s'agit d'une atteinte de l'encéphale par la toxine colibacillaire, même avec une culture positive dans l'urine, le colibacille y étant d'une grande fréquence chez des sujets d'apparence normale. Inutile de chercher à déceler, comme j'y avais pensé, la toxine dans le liquide céphalo-rachidien, celle du tétanos ne s'y trouve pas (1), il doit en être de même pour celle du colibacille. On se basera surtout sur les antécédents : accouchement datant de quelques mois, appendicite, abdomen très volumineux faisant penser à un dolichocolon, pyurie. Quand on a obtenu quelques succès, on serait tenté d'injecter le sérum anticolibacillaire à presque tous les malades fébriles.

3° *Pratique de la sérothérapie.* — Elle a été précisée par les travaux du Professeur Vincent et de H. Baruk. Comparativement à leurs indications, je suis resté bien modéré dans mes doses puisque je n'injecte que 20 cc. par jour et que mon traitement le plus prolongé a duré seulement 7 jours, soit 140 centicubes de sérum. Je me suis arrêté à la disparition de la fièvre, mais je crois que j'aurais dû continuer plus longtemps. Des considérations budgétaires finissent par intervenir dans un établissement hospitalier.

Vincent préconise, pour éviter les accidents sériques, l'absorption quotidienne de 6 grammes de salicylate et de benzoate de soude dans 300 cc. d'eau de Vichy. Nos malades ont souvent refusé de prendre cette boisson, nous n'avons pas insisté craignant une action défavorable sur le rein chez des malades ayant une azotémie au-delà de 1 gr., nous avons employé l'hyposulfite de soude intraveineux ou par la bouche en cachets (2 gr. par jour) et une fois le chlorure de calcium. Nous avons constaté deux éruptions sériques très légères 8 ou 10 jours après le début de la sérothérapie, elles n'ont duré qu'un jour. Comme j'opère

(1) CHALIER et CAMELIN. — Doit-on utiliser la sérothérapie sous-arachnoïdienne dans le traitement du tétanos. *Jour. de Méd. de Lyon*, 5 oct. 1936.

sur des malades inconnues, pour éviter la réaction anaphylactique à la première injection, j'injecte d'abord 1 cc. et, une heure après, les 19 autres. On peut supposer que, comme la toxine tétanique, la colibacillaire est vigoureusement adsorbée par les cellules nerveuses. On sait que, pour le traitement du tétanos, Dufour a préconisé d'associer à la sérothérapie l'anesthésie chloroformique avec l'espoir que la présence du chloroforme rendrait les cellules nerveuses plus perméables à l'antitoxine. A l'exemple de plusieurs auteurs (1), nous avons pensé que l'alcool intraveineux rendrait les mêmes services avec plus de facilité et moins de danger. Dans deux cas récents, nous avons employé l'alcool à 20 % à la dose de 5 ou 10 cc. après chaque injection de sérum. Nous nous proposons de continuer cette pratique qui semble efficace. Les doses sont moindres que celles préconisées dans le tétanos.

Telles sont les réflexions inspirées par les quelques observations que je vous présente. Le délire aigu est une maladie si grave et si fréquente dans nos services, qu'il faut s'efforcer au moins, pour certaines de ses formes, d'ajouter à la thérapeutique symptomatique un traitement plus étiologique. La difficulté pour la sérothérapie colibacillaire est que ses indications sont rarement d'une netteté impérative.

M. H. BARUK. — J'ai été particulièrement heureux et intéressé par les faits rapportés par M. Guiraud.

Ces psychoses colibacillaires s'observent, en effet, plus facilement dans les services d'aigus. On les rencontre notamment après la puerpéralité, dans les psychoses post-appendiculaires, etc.

Les données expérimentales permettent, en pareil cas, de comprendre la pathogénie et la thérapeutique de ces psychoses. Dans ses expériences relatives à la découverte des deux toxines du *bactérium coli*, le Professeur Vincent avait surtout observé les accidents neurologiques de la toxine colibacillaire (paraplégie, coma chez l'animal). Il faut rappeler d'ailleurs que le neurotropisme du colibacille et notamment ses déterminations médullaires, ainsi que les paralysies colibacillaires, étaient connues depuis les travaux de Gilbert et Lion, en 1892. Le mérite du Professeur Vincent fut de trouver un moyen d'isoler les toxines du colibacille.

Mais, utilisant des virulences fortes et l'injection intraveineuse

(1) MERLE, FRANÇOIS et JOUVE. — Traitement du tétanos par injections intraveineuses d'alcool associées à la sérothérapie massive. *Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 10 déc. 1937.

chez le lapin, il voyait surtout les accidents brutaux et moteurs, notamment le coma et la paralysie.

Nous avons montré pour la première fois que la toxine du colibacille pouvait déterminer des troubles psychiques précis : nous avons insisté notamment sur son action, tantôt somnolente, tantôt catatonigène. Nos expériences sur la catatonie expérimentale colibacillaire ont été confirmées en Italie par Poppi.

Ces données expérimentales éclairent certains faits cliniques. Nous avons observé, en effet, des psychoses colibacillaires simulant tout à fait l'encéphalite léthargique, d'autres où prédominent les manifestations oniriques, d'autres enfin à forme catatonique.

M. Guiraud vient de rapporter certains aspects maniaques. Nous avons également observé de véritables accès maniaques typiques au décours de psychoses colibacillaires confusionnelles.

Un autre point extrêmement intéressant, sur lequel vient d'insister M. Guiraud, est celui des psychoses associées. M. Guiraud vient de nous montrer l'action d'une toxi-infection colibacillaire surajoutée chez une paralytique générale. Nous avons étudié surtout l'association colibacillose-tuberculose et colibacillose-typhoïde. Dans le premier cas, les données expérimentales sont très frappantes. Nous avons montré, en effet, que, si on injecte les mêmes doses de la même toxine à des cobayes de même poids, les uns sains, les autres préalablement tuberculisés, ces derniers sont beaucoup plus sensibles à l'action de la toxine colibacillaire. Il peuvent tomber dans le coma ou présenter des troubles nerveux graves, alors que les premiers restent indemnes. Nous avons aussi, avec Pommeau-Delille, souligné le rôle possible d'une toxi-infection colibacillaire surajoutée dans certains accidents nerveux de la fièvre typhoïde.

Quant à l'action de la sérothérapie, nous avons pu aussi la démontrer expérimentalement. Des animaux, injectés préalablement avec du sérum de Vincent, restent indemnes devant une dose de toxine qui provoque, par exemple, une catatonie grave chez les animaux témoins. En clinique, nous avons, en général, injecté d'assez fortes doses de sérum et de façon prolongée ; on peut, dans certains cas de pyélonéphrite, y adjoindre un lavage du bassinet.

Quant à la potion au salicylate de benzoate de soude, préconisée par Vincent pour prévenir les accidents sériques, elle nous a paru, en général, bien supportée, à condition de la donner par doses très fractionnées et de la diluer dans de l'eau de Vichy.



**Un cas d'illusion de sosie. Polynévrite et sclérose médullaire chez une alcoolique, par M. MARTIMOR et M<sup>lle</sup> JOUANNAIS.**

Mme L... est une malade de 58 ans, marchant difficilement. Son faciès est figé et inexpressif. Le développement excessif de sa tête par rapport au reste du corps, une augmentation notable de volume du cou et une légère exophthalmie donnent à son visage un aspect très spécial.

Entrée à l'hôpital psychiatrique de Maison-Blanche, le 4 janvier dernier, après un séjour d'une quinzaine de jours à l'Hôpital Henri-Rous-selle et à l'Asile Sainte-Anne, elle présente un affaiblissement global de ses facultés intellectuelles — avec gros troubles mnésiques portant surtout sur les faits anciens.

L'orientation temporo-spatiale est à peu près conservée. Elle est inerte, indifférente, répondant aux questions posées avec lenteur, imprécision, d'une voix égale et monotone.

Ces différents symptômes pouvaient être rattachés à un éthylysme chronique ayant débuté il y a environ une dizaine d'années. Spontanément la malade avoue, en effet, de gros excès de boisson : 1 litre 1/2 de vin chaque jour, un verre de rhum et parfois quelques cafés arrosés. Elle regrette même que ses ressources assez modestes ne lui aient pas permis de boire davantage.

Elle dormait mal, rêvant fréquemment d'animaux, de maisons qui s'effondraient, de trains qui déraillaient.

A côté de ces troubles d'origine éthylique, nous avons retrouvé, chez Mme L., des idées délirantes très systématisées qui provoquèrent à l'interrogatoire de vives réactions de sa part et la firent sortir momentanément de son inertie. Il s'agit d'une méconnaissance de son mari, qui date d'une trentaine d'années environ. Elle nous raconte en effet qu'elle s'est mariée une première fois en 1900 avec M. T..., employé d'usine, avec lequel elle eut deux fils. C'est vers 1906 que son véritable mari a été remplacé par un sosie dans les circonstances suivantes. Son mari, parti un matin comme de coutume pour travailler à l'usine, n'est jamais revenu à la maison ; le jour même de son départ, vers midi, un autre homme arrive chez elle, déjeune à la place de son mari. La malade ne s'est pas aperçue immédiatement de cette substitution « parce que, dit-elle, elle n'a tout d'abord pas fait attention, elle avait beaucoup de travail à la maison ce jour-là ».

Ce n'est que beaucoup plus tard, après avoir surpris une conversation de son pseudo-mari avec des voisines, qu'elle se rendit compte que l'homme qui vivait avec elle n'était pas son mari. « Il y a très longtemps, dit-elle, que je ne vivais plus avec mon mari — bien que je ne m'en sois pas encore rendu compte. A partir de ce jour j'ai été bien attrapée. Les gens autour de moi parlaient beaucoup de cette affaire-là. »

Les deux hommes — mari et son sosie — exerçaient le même

métier, dans la même usine et présentaient une telle ressemblance physique que les gens non avertis s'y méprenaient. En dépit de ces apparences, et se basant sur certains détails, Mme L... vit bien qu'il s'agissait de deux personnes différentes : leur nom n'était, tout d'abord, pas exactement le même, l'un se terminant par un *t*, l'autre par un *d*. Le mari avait au front une cicatrice qui manquait chez le sosie. La forme de leurs mains, la longueur de leurs doigts n'étaient pas les mêmes, le premier avait les mains plus longues et plus fines.

Plus frappante était encore la dissemblance de leurs caractères : le mari était doux et gentil, buvait modérément sans s'enivrer, alors que le sosie se montrait au contraire violent et brutal, frappait sa femme et rentrait souvent ivre à la maison.

Lorsqu'elle s'aperçut de cette substitution, la malade n'eut absolument aucune réaction et vécut depuis 1906 avec un homme qui n'était pas son mari, elle eut avec lui 4 enfants... Il ne fut jamais question entre eux de cette affaire. Elle explique son attitude par la crainte de provoquer du scandale et de nuire à ses enfants. Elle n'en parla qu'à ses proches parents, à ses sœurs qui se moquèrent d'elle. Les enfants, sauf l'aîné, ne sont pas au courant, mais elle dit qu'ils traitent leur père de « contingent » sans pouvoir expliquer la signification de ce terme. Elle parle toujours de son pseudo-mari en disant soit « cet homme-là », soit « le père des enfants ».

Elle explique en outre que les deux hommes se connaissaient bien, ils se fréquentaient et faisaient la noce ensemble en prenant bien soin de se cacher pour qu'elle ne les rencontre pas.

Elle se soucie assez peu de ce qu'a pu devenir son premier mari, pour qui cependant elle avait beaucoup d'affection. Elle a été surprise, il y a 13 ou 14 ans de le croiser un jour dans la rue : il a souri un peu, mais ne lui a pas parlé. Elle n'a jamais rien fait pour le rechercher, pas plus qu'elle ne peut expliquer la cause de sa mésaventure. « Son mari, dit-elle vaguement, avait des maîtresses dans le commerce avec lesquelles il aurait eu des enfants. Il serait parti avec ses femmes ? Peut-être s'agit-il aussi d'une vengeance des voisins, jaloux de son intelligence. »

Cette illusion de sosie semble actuellement s'étendre à l'un de ses fils, mais sa conviction est moins absolue que dans le cas du mari. Elle hésite, partagée entre le doute et la croyance.

Il s'agit d'un fils âgé de 37 ans, brutal et coléreux comme son père. Il aurait donné, il y a 2 ou 3 ans à sa mère des coups si violents qu'elle a dû être hospitalisée. Elle en porterait encore la trace sous forme d'une cicatrice au front.

C'est très récemment — depuis 6 semaines environ — qu'elle a eu des doutes sur l'identité véritable de son fils. « Cela me paraissait si étrange qu'un fils batte ainsi sa mère, que je me suis demandée si ce n'avait pas été comme pour mon mari. J'ai pensé qu'on aurait pu faire coup double. Les gens autour de moi faisaient les mêmes réflexions. » Elle n'est pas entièrement affirmative, mais essaie cepen-

dant de donner quelques preuves à l'appui de ses dires : son fils, contrairement à ses 5 autres enfants ne lui ressemble pas. Il est violent, brutal, frappe son père, sa mère et ses frères. Il n'aime ni ses frères et sœurs, ni ses parents.

En remontant loin dans ses souvenirs, Mme L... en arrive à la conclusion qu'on aurait fort bien pu lui changer son fils à l'âge de 11 ou 12 ans, alors qu'il allait à l'école primaire. C'est depuis cette époque, en effet, que se serait affirmée la violence de son caractère.

Elle n'a pour son fils aucune affection, elle demande sans cesse qu'on mette la police au courant de ses brutalités et qu'on le fasse arrêter.

Il y a donc une trentaine d'années qu'ont pris jour les idées délirantes de méconnaissance du mari, plus récemment les idées délirantes de méconnaissance du fils. Dans les deux cas, il s'agit d'une croyance rétrospective, survenant bien après l'époque où les sosies auraient remplacé le mari et le fils véritables.

Cette méconnaissance intéresse deux membres de sa famille qui ont suscité chez elle un intérêt affectif particulier : elle n'aime ni son mari, ni son fils qui l'ont toujours maltraitée. Elle demande constamment qu'on les punisse, elle écrit à ses autres enfants qu'elle aime bien de les faire emprisonner. Pour son premier mari qui la rendait heureuse, pour ses autres enfants elle éprouve une certaine affection.

Mme L... essaie de justifier ses croyances délirantes en s'appuyant sur des détails physiques insignifiants — et surtout en se basant sur la différence de caractère des sosies et des personnages réels.

Il n'y a pas d'autres troubles de la reconnaissance, pas de fausses reconnaissances. Il s'agit donc d'un symptôme délirant isolé, basé sur des considérations affectives, survenant chez une alcoolique présentant avant tout des troubles mnésiques accusés.

Cette malade, outre cette idée délirante de méconnaissance, nous a semblé intéressante au point de vue neurologique : l'examen somatique nous révéla à l'entrée des troubles neurologiques importants à type de polynévrite des membres inférieurs : difficulté de la marche, léger steppage, troubles de l'équilibre avec Romberg fruste. Il existait de gros troubles subjectifs de la sensibilité à type de brûlures et de fourmillements. La pression des masses musculaires était très douloureuse.

Les réflexes achilléens droit et gauche, le réflexe médio-plantaire étaient abolis. Les réflexes rotuliens, les réflexes tendineux aux membres supérieurs étaient, par contre, extrêmement vifs. Le réflexe cutané plantaire s'effectuait en flexion des deux côtés, droit et gauche.

On notait un tremblement digital accentué, un tremblement lingual plus discret.

Par ailleurs, l'examen pupillaire, l'examen du fond de l'œil étaient normaux.

Le liquide céphalo-rachidien ne présentait aucune anomalie, les réactions sérologiques étaient négatives dans le sang.

Le foie avait été également touché par l'alcool : dur et douloureux,

il débordait de quatre travers de doigts le rebord costal ; subictère des conjonctives, vomissements bilieux et pituites matinales. La tension artérielle un peu élevée était de 20-12 au Vaquez.

Il s'agissait en résumé d'une alcoolique entrée surtout pour des troubles d'ordre physique ayant nécessité plusieurs fois son hospitalisation dans ces dernières années, présentant des troubles neurologiques à type de polynévrite, en même temps qu'un affaiblissement global de ses facultés intellectuelles.

L'alcoolisme semble être ici familial, puisque le mari, paraplégique depuis plusieurs années ne peut marcher qu'à l'aide de cannes et que le médecin lui aurait conseillé de réduire ses excès de boisson.

La malade a eu six enfants, tous vivants, dont deux viennent la voir et présentent l'aspect de dégénérés dystrophiques ; ce sont des débiles, ne pouvant fournir aucun renseignement sur les antécédents de leur mère, comprenant à peine les questions posées et y répondant en rabâchant indéfiniment des détails sans intérêt.

D'après les renseignements assez vagues que nous avons pu obtenir de la malade, elle est elle-même fille d'alcoolique.

Mme L... a été, à son entrée, traitée par des injections de strychnine à des doses progressives quotidiennes, de 5 à 15 milligrammes. Elle a reçu, en 6 semaines environ, 0 gr. 50 de strychnine par voie sous-cutanée. Son état mental s'est rapidement amélioré : elle est sortie de son inertie et de sa passivité. Les troubles mnésiques ont disparu. Il subsiste toujours un certain degré d'affaiblissement intellectuel et parfois une incohérence marquée lorsqu'on aborde avec elle des sujets d'actualité, politiques ou religieux qui sortent du cadre de ses préoccupations personnelles.

En dépit de son amélioration, les idées délirantes de méconnaissance persistent et nous avons pu, en outre, retrouver à la faveur de cette amélioration les traces d'un délire très ancien, datant d'environ 25 à 30 ans, c'est-à-dire de l'époque approximative où ont pris corps les idées de méconnaissance. Elle nous raconte spontanément qu'elle avait été autrefois ennuyée par des ondes hertziennes, elle a été obligée de changer fréquemment de lit et même de domicile pour ne plus être importunée. Ces ondes pénétraient la nuit dans sa chambre, faisaient de la buée sur les carreaux. Au bal et au cinéma, elle subissait également ces influences magnétiques et elle avait, pour cette raison, renoncé à toute distraction.

Ces phénomènes magnétiques ne se sont manifestés que pendant un an ou deux et n'ont plus reparu depuis.

C'était sans doute dans le but de s'emparer de son intelligence que certaines personnes jalousaient.

Nous avons, pendant ces derniers temps, observé une recrudescence des idées délirantes de méconnaissance. Elle entend parler « autour d'elle de celle affaire-là. Cela fait toujours beaucoup de bruit dans le monde ». Elle interprète en effet les conversations des infirmières, des malades, pensant qu'elles se rapportent à son cas. Certaines allusions y sont faites également dans les journaux.

Par contre, aucune autre idée délirante ne vient s'y ajouter.

L'amélioration de son état physique fut parallèle à celle de l'état mental. La marche est redevenue possible avec conservation des troubles de l'équilibre et du Romberg fruste. Les phénomènes douloureux, les brûlures ont cessé. Les réflexes achilléens ont réapparu bien que restant faibles surtout à droite. Le réflexe médio-plantaire est normal. Nous fûmes surpris de constater, à l'examen neurologique, en mars, l'existence d'un signe de Babinski très marqué du côté droit, ébauché sous forme d'extension de l'orteil du côté gauche. Ces différents symptômes : troubles de l'équilibre, signes de Babinski bilatéral, exagération très marquée des réflexes rotuliens, sans autre signe neurologique, sans troubles objectifs des sensibilités superficielles et profondes, sans troubles moteurs, sans affaiblissement de la face musculaire, sans amyotrophie, sans signes cérébelleux, nous ont semblé symptomatiques d'une atteinte médullaire. Par ailleurs, l'examen des paires craniennes, l'examen neurologique des membres supérieurs ne révélait rien d'anormal, sauf une légère exagération des réflexes au membre supérieur droit.

En résumé, l'examen neurologique de cette malade nous a permis de diagnostiquer chez elle : à son entrée, un syndrome polynévritique et quelques mois plus tard, alors que les troubles polynévritiques étaient améliorés par le traitement et le sevrage, des signes d'atteinte pyramidale marqués par un Babinski bilatéral et une spasmodicité surtout nette du côté droit.

Quelle origine faut-il attribuer à cette sclérose médullaire ? Aucune autre étiologie n'ayant pu être retenue, il nous a semblé logique que l'ensemble des troubles neurologiques, polynévrite et sclérose médullaire, doivent être mis sur le compte de l'intoxication alcoolique. Ils posent la question d'une atteinte des cordons antéro-latéraux de la moelle en même temps que l'atteinte polynévritique.

L'intérêt de cette présentation nous a paru résider dans l'association de ces deux ordres de troubles neurologiques et mentaux, revêtant, l'un et l'autre, une forme un peu particulière chez cette malade. L'idée délirante de méconnaissance du mari est, à notre avis, assez distincte des observations qui furent rapportées jusqu'ici sur le même sujet, notamment par MM. Vié et Capgras et par Mlle Derombies (1).

(1) CAPGRAS. — Publications diverses. *Ann. Méd.-Psych. et Bull. Méd. Mentale*.

VIÉ. — Un trouble de l'identification des personnes : l'illusion de sosies. *Ann. Méd.-Psych.*, mars 1930.

DEROMBIES. — *Thèse*, Paris, 1935.



Nous avons vu qu'il s'agissait d'un symptôme isolé, sans aucun des autres symptômes qui accompagnent ordinairement l'illusion de sosie, tels que sentiments d'étrangeté et d'irréel, méconnaissance du lieu, fausses reconnaissances diverses. Ce symptôme est la seule idée délirante qui puisse être retenue chez une malade, très affaiblie intellectuellement, l'affaiblissement portant surtout sur les processus amnésiques. De vagues idées délirantes anciennes floues, mal systématisées, à caractère rétrospectif, sont venues se surajouter à cet affaiblissement, mais leur importance est trop minime pour qu'elles soient mises en valeur.

Cependant, alors que nous avons rattaché, lors de son arrivée, la méconnaissance du mari au processus amnésique, nous avons été, par la suite, amenés à rechercher l'origine psychogénétique de ce trouble et à conclure qu'il s'agissait d'une idée délirante très ancienne, ayant pris jour en même temps que d'autres thèmes délirants assez pauvres, alors que la malade était en pleine possession de ses facultés intellectuelles. Son niveau mental, vraisemblablement inférieur à la normale, explique la pauvreté du délire.

M. VIÉ. — Contrairement à ce qui est la règle dans le délire des sosies, cette malade prétend avoir vu simultanément deux sosies de la même personne. Mais elle est encore si incohérente et elle était, au moment où elle situe ce fait, dans un tel état confusionnel, qu'on ne peut rien en conclure.

M. HESNARD. — Le délire de sosies tel que l'a décrit Capgras est extensif. Tout l'entourage du malade est formé par des sosies. Chez cette femme, au contraire, il n'y a que son mari et son fils qui soient des sosies. Cette pauvreté et cette limitation du délire des sosies s'expliquent par la débilité constitutionnelle et par la confusion mentale surajoutée.

M. VIÉ. — A côté du type princeps, de Capgras, lié à une psychose systématisée chronique qui finit par aboutir à un délire d'ampleur cosmogonique, l'illusion de sosies peut être symptomatique d'affaiblissements mentaux temporaires ou régressifs et son évolution est parallèle à la leur.

M. X. ABÉLY. — Il y a quelques mois, j'ai observé, chez une femme, un délire de sosies qui, après avoir été localisé au mari, alla progressivement en s'étendant à toute la famille et à tous les gens qu'elle connaissait.

M. COURBON. — Cette malade est encore dans mon service, où elle prétend que toutes les personnes avec qui elle a affaire journalièrement sont les sosies de celles avec qui elle avait affaire la veille. Par ailleurs, elle a un délire d'influence avec troubles de la sensibilité générale. Elle a commencé, comme le dit M. X. Abély, à prétendre qu'un sosie s'était substitué à son mari et, pour étayer ses dires, elle invoquait des différences constatées dans la forme, les dimensions et les vertus aphrodisiaques des organes génitaux de ses partenaires conjugaux successifs.

Récemment, sa perplexité en matière d'identification et son délire ont été aggravés par un jeu de mots qu'elle surprit au cours de la conversation que j'avais à son sujet avec un de ses visiteurs, prêtre parisien fort spirituel et maire de son village. « Pour elle, vous êtes, comme nous tous, votre propre sosie, mais vous restez quand même son père et maire. » Très pieuse, mais peu intelligente, cette réflexion, dont elle n'a pas compris l'humour, n'a fait qu'aggraver son délire et elle s'interroge sur le sexe véritable de son protecteur.

**Section du médian et des artères du poignet gauche, par tentative de suicide liée à un choc émotif chez une neuro-syphilitique, par MM. LAIGNEL-LAVASTINE, H.-M. GALLOT et Michel FELD (présentation de la malade).**

Mme Ch..., 49 ans, ancienne comptable, ne professant plus depuis 7 ans, nous a été passée du service du Dr Desplas ; elle y avait été amenée 2 mois auparavant avec une plaie par section de la face antérieure du poignet gauche, due à une tentative de suicide.

Dans ses *antécédents*, rien à relever jusqu'en 1938. Mariée une première fois, de 1908 à 1925, elle a quatre enfants, dont le deuxième est mort *in utero* à 8 mois. On lui fait alors une césarienne conservatrice et l'on découvre un kyste de l'ovaire droit, qui est enlevé par ovariectomie ; le troisième enfant est mort à 2 ans d'une broncho-pneumonie ; les deux autres sont bien portants.

Mariée pour la seconde fois depuis 11 ans, elle n'a plus eu d'enfant. Elle a été réglée tard (à 18 ans) et ménopausée tôt (à 42 ans).

*Histoire de la maladie.* — En octobre 1938, elle consulte un médecin pour des douleurs épigastriques et dorsales. La constatation d'une inégalité pupillaire fait pratiquer une réaction de Bordet-Wassermann dans le sang. La négativité de la réaction humorale ne retient pas le praticien, qui institue un traitement au cyanure de Hg. Mais après la quatrième injection, apparaît un érythème mobilliforme, qui fait interrompre le traitement et entraîne l'hospitalisation de la malade

dans le service de l'un de nous. Une cuti-réaction au cyanure est fortement positive et un traitement désensibilisant fait disparaître l'éruption au bout de 48 heures. La malade reste dans le service du 20 au 29 octobre. Une nouvelle prise de sang montre un Bordet-Wassermann positif.

La malade quitte le service, mais la connaissance de son état pathologique l'obsède. Elle devient inquiète, ne dort plus, se nourrit à peine, et..., dans la nuit du 22 décembre, en état de *raptus anxieux*, elle se lève, prend le rasoir de son mari, se tranche le poignet gauche et perd conscience. Elle se réveille dans le service de chirurgie, où on l'a transportée d'urgence, au moment où l'on prépare l'anesthésie pour l'intervention. Une transfusion de 400 cm<sup>3</sup> est pratiquée.

Le compte rendu opératoire indique : « section des tendons fléchisseurs, du médian, des vaisseaux ; suture tendineuse, immobilisation de la main en flexion » ; dans les suites opératoires : suppuration de la plaie, puis apparition de douleurs lancinantes dans le territoire du médian.

Elle reste deux mois en chirurgie, où une nouvelle réaction de Bordet-Wassermann est positive dans le sang.

Le 22 février 1939 elle revient dans notre service. Elle est encore anxieuse, déprimée, pleure facilement.

On fait une ponction lombaire le 23 février, qui ramène un liquide clair, contenant :

0,39 d'albumine,

15 lymphocytes,

Bordet-Wassermann ++,

Benjoin précipitant du 3<sup>e</sup> au 10<sup>e</sup> tube.

On institue un traitement mixte : novar + bivatol. Elle reçoit 12 ampoules de bivatol et 4 gr. 05 de novar. La deuxième injection de 0,90 de novar provoque de la diarrhée et des vomissements et fait arrêter la série.

*Examen.* — On remarque un faciès coloré, une mimique un peu ralentie, effacée. La parole est pâteuse, visqueuse ; mais il n'y a pas de dysarthrie.

La langue est propre. Il n'y a pas de leucoplasie. La dentition se réduit à trois incisives inférieures. Les autres dents seraient tombées à 25 ans, sans être malades. Cette femme affirme n'avoir eu que sa dentition de lait.

Il y a un *signe d'Argyll-Robertson* : irrégularité et inégalité pupillaires aux dépens de la gauche plus petite, absence de réflexe lumineux avec conservation de l'accommodation. *Le fond d'œil est normal.*

Il n'y a pas de tremblement. Les réflexes tendineux sont normaux ; les cutanés plantaires en flexion.

L'examen viscéral ne décèle qu'un claquement du second bruit à l'orifice aortique. La tension artérielle est de 15-9. Dans les urines il n'y a ni sucre, ni albumine.

La malade accuse une légère amnésie d'évocation. Mais son affectivité, son sens moral, son jugement, son auto-critique sont respectés.

Reste sa *main gauche*. Au tiers inférieur de l'avant-bras, sur la face antérieure, on trouve la cicatrice transversale de la section et celle, longitudinale, de l'intervention.

Les mouvements du pouce, l'opposition en particulier, sont conservés, mais ceux des quatre autres doigts sont nuls, les doigts étant fixés en griffe sur la main raidie. Les mouvements du poignet sont nuls.

Le réflexe cubito-pronateur semble un peu plus ample que le droit.

Il y a anesthésie à tous les modes dans le domaine du médian à la main.

Quant aux troubles de la sensibilité subjective, ils sont marqués : douleurs lancinantes, sensation de brûlure ou, au contraire, de froid intense, sensation de décharge électrique jusqu'au bout des doigts par le moindre contact de la peau palmaire, au-dessous de la cicatrice. Mais il n'y a pas la « douleur de brûlure » caractéristique de la causalgie de Weir-Mitchell.

Signalons enfin des troubles vaso-moteurs et sécrétoires : main froide et violacée, vagues de sudation intense.

Remarquons au passage que dans l'absence de la causalgie, il est possible de faire intervenir le rôle de la section concomitante des artères de l'avant-bras qui a pu réduire la vaso-dilatation active.

*En bref*, voici une malade qui s'est vu découvrir fortuitement une syphilis ancienne, réactivée par quatre injections de cyanure, qui se sont soldées par un érythème morbilliforme, de nature probablement allergique.

La découverte de sa maladie, qui s'est muée en obsession, a abouti à un raptus anxieux avec tentative de suicide.

Si le diagnostic de neuro-syphilis, soulevé par la découverte du signe d'Argyll-Robertson et affirmé par l'examen du liquide céphalo-rachidien, n'est pas douteux, l'absence de tout stigmate psychiatrique de la série paralytique écarte celui de méningo-encéphalite diffuse.

Après un premier traitement d'attaque par l'association 914-bivatol, nous avons toutefois commencé une série de stovarsol sodique.

Il semble donc que sa neuro-syphilis ne puisse entrer en ligne de compte qu'en tant que sensibilisation organo-fonctionnelle, en fait accessoire, dans l'interprétation de son raptus anxieux ; et que celui-ci soit un incident paroxystique éphémère, dont est responsable la terreur inspirée à cette malade par la découverte de cette infestation tréponémique, qu'elle considérerait comme une tare indélébile.

Notre observation va ainsi rejoindre celles, classiques, de Four-

nier, concernant les tentatives de suicide dues à la découverte par le malade de sa syphilis. Illustration dramatique de cet état d'esprit qui désigne certaines maladies comme honteuses.

**Crise d'épilepsie à aura douloureuse**  
par MM. L. MARCHAND et J. AJURIAGUERRA.

Les troubles de la sensibilité subjective sont relativement fréquents dans l'épilepsie. Sous le nom d'épilepsie sensitive, on a, en effet, décrit l'aura parasthésique qui annonce une crise comitiale plus ou moins franche. Par contre, les auras douloureuses sont plus rares.

C'est un cas de ce genre que nous vous présentons aujourd'hui. L'intérêt de cette observation est double : clinique d'abord, car il s'agit d'une épilepsie à aura douloureuse typique ; radiologique ensuite, car il nous permet de prendre part à la discussion sur le siège des lésions qui sont à la base de la production de ces algies.

M. Seg..., âgé de 43 ans est en traitement à l'hôpital Henri-Rousselle pour des crises épileptiques.

A. H. — Père et mère bien portants — ils ne sont parents à aucun degré. Deux frères et une sœur également en bonne santé. Grand-père paternel mort à 82 ans. Grand-mère paternelle morte à 66 ans de diabète. Grand-père maternel décédé à 82 ans, grand-mère maternelle morte à 45 ans de suites opératoires. Deux tantes paternelles ne présentent aucune maladie nerveuse.

A. P. — Le malade est né avant terme, à 7 mois. Enfance maladive. Il est allé à l'école de 8 à 15 ans ; n'a pas obtenu son certificat d'études. Il a toujours été irritable et entêté. Aucune maladie vénérienne, pas d'excès de boisson ni de tabac. Il s'est marié à l'âge de 25 ans ; un garçon est mort à 6 mois « de coliques », il a une fille bien portante. Il exerce le métier de cordonnier.

*Histoire de ses crises :* le malade a présenté sa première crise à l'âge de 7 ans. Il a été trouvé un matin inanimé dans son lit avec de la mousse aux lèvres. La deuxième crise est apparue quatre mois après. Par la suite, elles se sont renouvelées tous les six mois environ. Actuellement elles sont devenues plus fréquentes, elles surviennent 4 ou 5 fois par an ; elles sont ainsi caractérisées :

Elles débutent par une aura douloureuse localisée dans le bras droit. Il s'agit d'une sensation de broiement qui part de l'extrémité des doigts, se propage dans la main, puis dans le bras. C'est une sensation très douloureuse. « Je pleure parfois »..., « c'est comme si on me passait le bras dans une machine à moudre le café ». Jamais



cette sensation ne s'est étendue au membre inférieur. Il s'agit plus rarement de simples démangeaisons, de picotements. L'aura ne prend jamais la forme de douleurs fulgurantes ni de secousses électriques. Sa durée est variable, elle est en général de quelques minutes.

Après l'aura les convulsions apparaissent d'abord dans les doigts, le bras, l'avant-bras, envahissent la face. A ce moment le malade perd connaissance et les convulsions se généralisent. Ecume et morsure de la langue. Pas de miction. Une phase comateuse termine la crise ; le malade se sent fatigué pendant quelques heures.

Outre ces crises complètes, M. S... présente, surtout depuis qu'il est traité régulièrement au gardénal, des crises avortées uniquement caractérisées par l'aura douloureuse. Il s'agit de douleurs ou picotements forts dans la main d'une durée de 10 à 20 secondes, accompagnés de bouffées de chaleur et de rougeur du visage, mais sans changement de la coloration du membre. Ces crises douloureuses localisées s'accompagnent parfois de secousses de la main. Elles ne peuvent être arrêtées ni par des mouvements actifs ou passifs, ni par une compression ; le contact d'un objet froid — barre du lit par exemple — apporte un certain soulagement.

*L'examen neurologique* montre une diminution de la force musculaire globale, aussi bien pour les extenseurs que pour les fléchisseurs, du membre supérieur droit. Pas d'hyper-extensibilité musculaire à prédominance de ce côté. Difficulté aux mouvements délicats (émiettement) des doigts. Réflexivité tendineuse égale des deux côtés. Pas de troubles de la sensibilité objective. Le sens de position des doigts, la sensibilité tactile à la douleur, au chaud et au froid sont normaux et égaux des deux côtés.

*Examen oculaire* : pupilles légèrement inégales ( $OD < OG$ ). Réflexe photomoteur normal. Acuité visuelle 1/10-13 pour l'œil droit, 4/10-13 pour l'œil gauche. Fond d'œil : staphylome myopique avec choroïdite paracentrale.

*Examen sérologique* : les réactions de Bordet-Wassermann, de Meinicke et de Kahn sont négatives dans le sang.

*Radiographie du crâne* (D<sup>r</sup> Misset, 15/12/1938). — Crâne, face et profil : parois crâniennes épaisses. La table interne paraît assez saillante à la rencontre des scissures sagittale et frontale. Au-dessous on observe un lacs de sillons vasculaires assez larges. Toute la région antérieure montre des travées vasculaires accusées, dilatées par places.

Une petite tache très opaque se projette de profil à l'union du tiers antérieur et des deux tiers postérieurs du pariétal, à 3 centimètres au-dessous de la voûte. On la retrouve de face, à gauche, exactement à mi-distance de la ligne médiane et du contour latéral.

En résumé, ce sujet présente, avant chacune de ses crises, ou simplement comme crise avortée, une douleur violente.

Des observations de ce type ont surtout été décrites dans

l'épilepsie traumatique ou tumorale. A quelle région de l'encéphale doit-on rapporter cette aura ? Les douleurs conditionnées par une lésion corticale sont rares par rapport aux douleurs d'origine thalamique. Chartier et Krause considèrent que l'excitation de la pariétale ascendante produit des troubles subjectifs, engourdissement, fourmillements, sensation de brûlure légère, mais que l'épilepsie sensitive douloureuse doit être attribuée à l'excitation des couches optiques.

Chartier estime qu'on devrait classer les épilepsies d'après leur origine, son observation étant le type de l'épilepsie thalamique. Cette hypothèse localisatrice n'est basée sur aucun fait précis et son cas n'est nullement démonstratif.

Les douleurs par lésion de la pariétale ascendante sont actuellement admises par la plupart des neurologistes. Sans vouloir nier l'épilepsie dite thalamique, nous croyons que notre cas est suffisamment démonstratif pour affirmer l'origine corticale de certaines algies épileptiques, comme semblent le démontrer les lésions osseuses révélées par la radiographie.

Ce fait présente un intérêt, car, dans quelques cas, il permettrait par intervention sur la lésion causale d'améliorer ou de supprimer le trouble. Nous ne croyons pas que chez notre malade cette intervention donnerait des résultats. L'ancienneté de la lésion nous fait supposer qu'il doit exister à côté de la lésion osseuse des lésions méningées et corticales concomitantes.

**Deux cas de démence alcoolique à marche rapide. Prolifération cérébrale névroglique et microglique considérable, sans lésions inflammatoires vasculaires et méningées, par MM. L. MARCHAND, P. COURBON et J. CARRIER.**

La démence d'origine alcoolique peut revêtir une évolution rapide. Ses causes pathogéniques sont diverses. Elle peut être le résultat soit d'une hémorragie méningée intra-arachnoïdienne enkystée comprimant le cerveau ; elle peut avoir comme substratum anatomique des lésions scléreuses secondaires à des hémorragies capillaires apparues au cours d'un accès de délire alcoolique aigu ou subaigu et intéressant le cortex et les noyaux gris centraux ; elle peut être secondaire à des lésions d'athéromasie cérébrale surajoutées. L'état démentiel peut enfin être déterminé par des lésions diffuses de l'encéphale portant sur les cellules nerveuses ganglionnaires, les cellules névrogliques

et microglifiques, lésions qui progressent rapidement malgré la suppression des excès éthyliques.

Les deux observations suivantes répondent à cette dernière forme.

OBSERVATION I. — Le malade L..., âgé de 46 ans, entre à l'asile Sainte-Anne, le 4 février 1935, avec le certificat suivant : « alcoolisme avec affaiblissement intellectuel. Troubles du sommeil. Crampes et tremblement des mains. Ponction lombaire négative ».

Il s'agit d'un sujet qui s'est livré depuis très longtemps à des excès alcooliques ; il buvait jusqu'à 6 litres de vin par jour, jamais d'apéritifs.

Il a d'abord exercé le métier de carrier, puis il devint garçon de bureau dans un Ministère, profession qu'il quitta il y a un an. Il vécut d'abord chez son fils, puis depuis quelques mois dans une chambre d'hôtel en raison de l'apparition de troubles mentaux. Il était devenu jaloux de ses petits-enfants et faisait des menaces à son fils. Il présentait des signes d'affaiblissement intellectuel.

Sa femme, également atteinte d'alcoolisme, est décédée en 1933. Il a deux enfants qui sont bien portants.

Ce sont les seuls renseignements que nous avons pu obtenir de sa belle-fille.

A son entrée, G... présente les symptômes classiques du *delirium tremens* : confusion, désorientation, propos incohérents et marmottement incompréhensible. Agitation. Tremblement généralisé très marqué, tremblement de la langue. Sueurs profuses. Hyperalgésie musculaire prononcée. Réflexes tendineux vifs. Pupilles égales et réagissent. Langue sèche. Visage vultueux. Couperose. Température : 39°7. Foie douloureux sans hypertrophie. Les urines ne renferment ni sucre ni albumine.

Ponction lombaire : albumine 0,35 ; Pandy 0 ; Weichbrodt 0 ; leuco. 5 (nombreux globules rouges) ; Benjoin 00000.02222.00000 ; Meinicke et Bordet-Wassermann négatifs.

Les jours suivants l'état physique s'améliore. La température baisse lentement, pour atteindre 37° le 16 février. L'agitation est alors disparue.

G... présente un état d'euphorie niaise. Il approuve tout ce qu'on lui dit sans bien comprendre les questions. Il se trouve ici « dans un chantier, au 123 ». Il n'a aucune notion de l'heure, du jour, de l'année. Il sait son âge, la date de sa naissance.

Il reconnaît autour de lui des personnes de connaissance. Pas d'hallucinations.

La parole est tremblée, empâtée, souvent incompréhensible.

Les mouvements sont ataxiques, mal adaptés, animés d'un gros tremblement. Le sujet défait sans cesse ses draps, les enroule, les tord puis les étale de nouveau. Ces actes sont automatiques, sans but.

Les réflexes patellaires et achilléens sont très exagérés. La marche est incertaine, titubante.

Pas de troubles pupillaires.

Aucun symptômes de la série hépatique.

Cet état reste sans changement les jours suivants. Malgré une alimentation suffisante, le malade se cachectise. Brusquement la température s'élève à 40° le 12 mars et le malade meurt le lendemain.

**AUTOPSIE.** — *Encéphale.* — Aspect laiteux et épaississement de la pie-mère, à la face convexe des hémisphères cérébraux, plus prononcé au niveau des lobes frontaux et pariétaux.

La décortication se fait facilement.

Aucune lésion localisée sur les coupes vertico-transversales.

Les ventricules latéraux sont légèrement dilatés. Pas d'athérome. Pas d'aspect dépoli du plancher du quatrième ventricule.

L'hémisphère droit pèse 520 gr., le gauche 530 gr. ; le cervelet et le bulbe, 170 gr.

*Organes.* — Léger emphysème des poumons. Le droit pèse 680 gr., le gauche, 580 gr.

Le cœur ne présente aucune lésion.

Le foie a une consistance ferme: pas de dégénérescence graisseuse. Poids : 1.540 gr.

Le rein droit pèse 130 gr., le gauche, 150 gr. Aucune lésion macroscopique.

Les surrénales paraissent normales.

La rate pèse 200 gr.

**EXAMEN HISTOLOGIQUE.** — *Système nerveux.* — La pie-mère est épaissie, adhérente par places ; l'épaississement est surtout déterminé par un réseau conjonctif très lâche, riche en cellules conjonctives. Légère réaction inflammatoire au fond de quelques sillons.

Les cellules ganglionnaires sont très atrophiées ; aspect granuleux du cytoplasma avec zone lipoïdo-pigmentaire. Noyaux excentriques. Certaines cellules géantes de la région motrice ont pris une forme globuleuse et leur noyau très atrophié est rejeté sur le bord du cytoplasma. Certains éléments sont en voie de dégénérescence aiguë. Aucun ne présente la lésion neurofibrillaire d'Alzheimer.

La névroglie est très hyperplasiée. Dans toutes les couches corticales, les astrocytes sont volumineux ; leurs prolongements sont nombreux et épaissis. Cette lésion est plus accusée dans la substance grise que dans la substance blanche.

Les cellules oligodendrogliques ont leur protoplasma très développé surtout au niveau des couches les plus superficielles du cortex. Pas de plaques séniles.

La microglie est en voie de prolifération active. Les cellules, aussi nombreuses que dans la paralysie générale en pleine évolution, ont leurs corps épaissis, très variqueux ; leurs prolongements sont rhizomateux. De nombreux éléments ont pris la forme de cellules en bâtonnets.

Dans la substance blanche sous-corticale des lobes frontaux, les nombreux petits vaisseaux ont leurs parois bordées de cellules rondes, se présentant en certains endroits sous forme de nodules.

Dans les noyaux gris centraux et les couches optiques, lésions cellulaires accusées ; zones lipoïdo-pigmentaires. Autour des vaisseaux, raréfaction du parenchyme. Aucune altération des parois vasculaires.

Pas de lésions notables dans le cervelet, les pédoncules cérébraux et le bulbe.

*Reins.* — Légère sclérose sous-corticale. Quelques rares glomerules fibreux.

*Foie.* — Sclérose périportale et périhépatique. Amas de cellules embryonnaires dans les espaces portes. Néocanalicules biliaires. Pas de dégénérescence graisseuse cellulaire.

*Rate.* — Corpuscules de Malpighi très développés. Sinus dilatés, mais cordons de Billroth bien apparents.

*Surrénales.* — Aucune lésion.

OBSERVATION II. — K... Georges, manoeuvre, âgé de 59 ans, entre à l'hôpital psychiatrique de Ste-Anne, le 10 novembre 1937.

Le malade n'a pas présenté de maladies particulières. A l'âge de 4 ans, amputation de plusieurs doigts après accident. Il a 4 enfants bien portants. Habitudes éthyliques anciennes. Depuis 5 ans : chômage. Sa femme est morte, il y a 4 ans, de tuberculose pulmonaire ; il habitait soit chez lui, soit chez ses enfants sans rien faire, très déprimé ; il buvait plusieurs litres de vin par jour et du café arrosé...

Il y a trois semaines on l'a amené à l'hôpital Cochin parce qu'il ne mangeait plus, son sommeil était agité ; il tremblait, égarait les objets, mais il était calme.

Le 8 novembre 1937, M. Dupouy établit le certificat suivant : « Alcoolisme chronique. Accidents aigus, confusion mentale. Bafouillage à peu près incompréhensible. Opposition à l'examen, agitation, tremblement, gâtisme, hypothermie. »

Le 10 novembre 1937, certificat de M. X. Abély : « Alcoolisme aigu avec agitation, anxiété, onirisme ; état général grave, hypothermie, cyanose, bruits du cœur sourds ; congestion pulmonaire, plaies contuses multiples ».

A l'entrée, le malade est dans un véritable état de marasme ; aspect pâle du visage, légère cyanose des lèvres et des extrémités. La température est à 37°2, le pouls à 65. La respiration est normale ; signes discrets de bronchite. Cryptorchidie droite. Léger œdème préputial et début de sphacèle. Urines : traces d'albumine et de sucre. Réflexes tendineux normaux. Les pupilles réagissent. Dans le sang, les réactions de Bordet-Wassermann, de Meinicke, de Kahn sont négatives. Urée sanguine : 0,37. Liquide céphalo-rachidien : alb. 0,18, Pandy 0, Weichbrodt 0, leuco. 0,2, Benjoin 00000.22221.00000, Bordet-Wassermann et Meinicke négatifs.



Le malade tient des propos incohérents, bafouille. Aspect indifférent et démentiel, mais non stuporeux. Opposition à l'examen ; résistance aux mouvements passifs.

Jusqu'au 29 novembre, l'état mental est stationnaire ; la température oscille entre 36°9 le matin et 37°3 le soir avec une petite poussée à 38°2 le 19 novembre.

Le 29 novembre chute brusque de la température à 35° le matin et 35°4 le soir. Malgré une alimentation suffisante au biberon et l'injection de 500 cc. de sérum physiologique, la température descend le 30 novembre à 33°7 (thermomètre spécial) ; le pouls est à 62 ; la respiration à 26 par minute. Tension artérielle 8 1/2-7. Un examen spécial ne révèle pas de signes d'atteinte viscérale.

Examen neurologique : pupilles irrégulières. Un examen du fond d'œil pratiqué le 1<sup>er</sup> décembre 1937 ne révèle rien d'anormal ; le réflexe photomoteur est diminué et lent. Les réflexes cutanés abdominaux existent ; la recherche des cutanés plantaires est difficile en raison des mouvements de défense. Attitude des membres en flexion ; raideur musculaire ; mouvements volontaires normaux ; contractions fasciculaires dans les muscles de l'avant-bras droit.

Le 2 décembre la température remonte à 36°5, mais le 3 elle retombe à 34°5, et le 4 elle est à 36° au moment du décès.

**AUTOPSIE.** — *Système nerveux.* — Rien de particulier à l'extraction du cerveau. Aspect laiteux de la pie-mère ; la décortication est difficile. Ventricules dilatés. Pas d'athérome. Rien au plancher du quatrième ventricule. L'hémisphère droit pèse 620 gr., le gauche est du même poids ; le cervelet et le bulbe 180 gr.

*Organes.* — Poumons : emphysème et quelques adhérences pleurales. Cœur : 290 gr., rien de particulier. Foie : 1.700 gr. ; aspect normal. Reins : le gauche pèse 150 gr., le droit 180 gr., ils sont légèrement bosselés et un peu durs à la coupe. Rate : 210 gr.

**EXAMEN HISTOLOGIQUE.** — La pie-mère est fibreuse, épaissie, adhérente, par endroits. Dans le cortex, l'architecture des couches cellulaires est bouleversée. Les éléments ganglionnaires sont déformés ; leur cytoplasma est laqué ; les noyaux sont excentriques. Satellitose. Aucun élément ne présente la lésion d'Alzheimer. Œdème très accusé de la couche moléculaire. Aucune lésion vasculaire importante. Pas de plaques séniles.

Les lésions principales portent sur la névroglie et la microglie.

Sclérose diffuse du cortex et de la substance blanche sous-corticale. Les cellules névrogliques sont hyperplasiées ; leurs prolongements sont épais, nombreux ; elles renferment souvent plusieurs noyaux (fig. 1).

Outre cette sclérose diffuse, on note sous les épaississements et adhérences méningées une prolifération névroglique sous forme de foyers plus denses n'occupant que la couche moléculaire ; il s'agit d'un

réseau de fibres névrogliales épaisses dans lequel se trouvent de nombreux noyaux interfibrillaires.

Dans la substance blanche sous-corticale, réaction oligodendroglieuse périvasculaire très accusée.

Le cortex est envahi par de nombreuses cellules microgliales hyperplasiées (fig. 2). Très peu de ces éléments sont satellites des vaisseaux ou des cellules nerveuses ; la plupart sont isolés au milieu des fibres nerveuses. Leurs noyaux sont volumineux, irréguliers, de

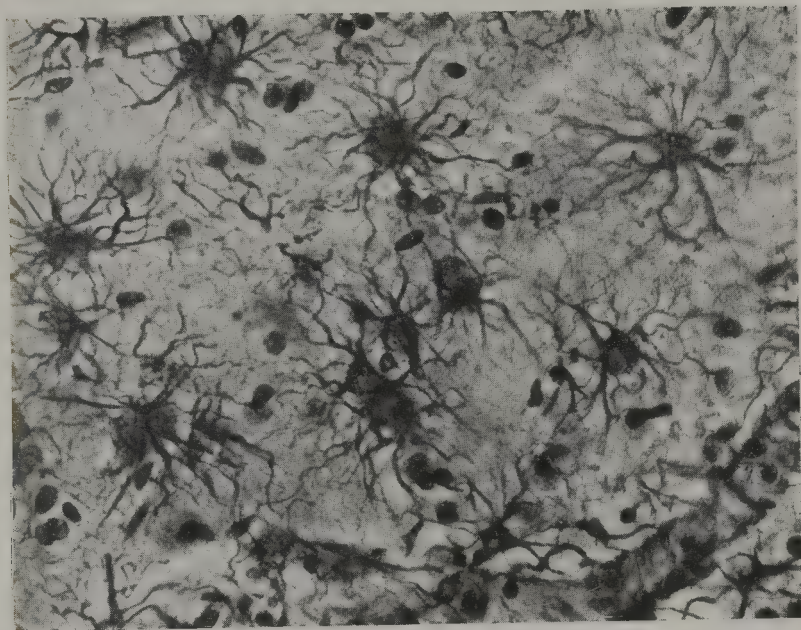


FIG. 1. — Région motrice droite. Cortex. Prolifération névroglieuse considérable. Méth. de Hortéga. D = 540.

formes variées. Du corps protoplasmique, chargé de granulations et de vacuoles, partent des prolongements peu nombreux, très épais, couverts de courtes épines et chargés aussi de granulations. Les extrémités des prolongements se terminent par des fibrilles qui entrent en contact avec les autres éléments constituant le parenchyme et en particulier avec les cellules oligodendrogliales. Par places, les microgliocytes prennent la forme de cellules en bâtonnet.

La substance blanche, qui normalement ne contient que peu d'éléments microgliaux, renferme ici de nombreux microgliocytes, moins hyperplasiés toutefois que ceux du cortex.

Dans les noyaux gris centraux, lésions cellulaires accusées. Calcification des parois de nombreux vaisseaux dans le putamen.

Les lésions dans le cervelet et les pédoncules cérébraux sont moins importantes que dans le cerveau. Les cellules des noyaux dentelés sont chargées de pigment et ont une forme globuleuse.

Dans le bulbe, le tissu névroglique est hyperplasié ; zones de sclérose sur les bords du plancher du quatrième ventricule.

*Organes.* — *Foie* : légère sclérose périportale et dégénérescence des cellules hépatiques. Peu de stéatose. Congestion intense.

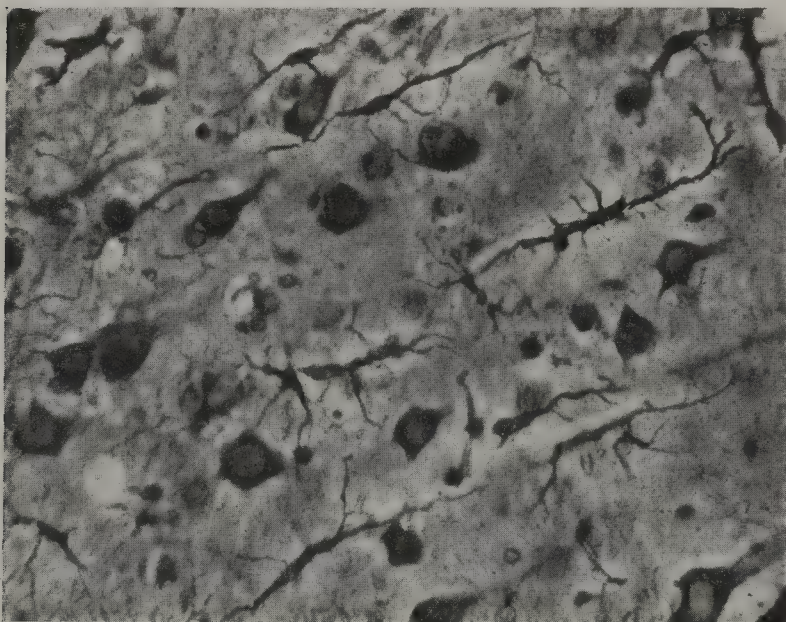


FIG. 2. — Région motrice droite. Cortex. Hyperplasie des microgliocytes. Méth. de Hortéga. D = 540.

*Reins* : sclérose diffuse péri tubulaire et périglomérulaire.

*Rate* : le parenchyme est envahi par de gros blocs de pigment. Pas d'autres lésions.

*Surrénales* : petits foyers de surrénalite chronique. Congestion intense.

Ces deux cas, par leurs caractères cliniques et humoraux, rentrent dans le groupe des pseudo-paralysies générales alcooliques. Avant la découverte des réactions humorales, c'est surtout à propos de tels exemples que les discussions les plus vives s'engageaient pour ou contre le diagnostic de paralysie générale. Les résultats de la ponction lombaire permettent actuellement

d'éliminer facilement ce diagnostic. Le processus anatomo-pathologique est d'ailleurs différent. Dans cette forme démentielle d'alcoolisme chronique, les réactions inflammatoires méningées et périvasculaires, si caractéristiques de la méningo-encéphalite syphilitique, font défaut. Par contre, la prolifération névroglique et microglie est aussi intense et diffuse que dans la paralysie générale évolutive. La sclérose névroglique envahit les diverses couches corticales et même la substance blanche ; il s'agit d'une hyperplasie considérable des astrocytes, véritable gliomatose cérébrale. Quant à la microglie, ses éléments ont également pris un développement aussi considérable que celui que l'on observe dans la paralysie générale. Ces particularités cliniques expliquent la ressemblance que peuvent revêtir des syndromes cliniques de pathogénies aussi différentes.

Nos constatations anatomiques sont à rapprocher de celles que vient de décrire Morel (1) sous le nom de « sclérose corticale laminaire alcoolique », dans laquelle la sclérose est systématisée à la troisième couche du cortex ; dans nos cas, les lésions sont bien plus diffuses.

M. COURBON. — L'intérêt principal du syndrome clinique de stupeur présenté par le second malade fut, à mon avis, son hypothermie qui descendit jusqu'à 33°7, quatre jours avant sa mort, sans s'y maintenir.

M. MARCHAND. — J'ai vu, chez certains malades dont j'ai publié l'observation, la température descendre au-dessous de 33°, ultime indication fournie par le thermomètre que j'avais à ma disposition.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — J'ai également publié des cas d'hypothermie aussi basse.

### **Un délire passionnel de thérapeute, par MM. Xavier ABÉLY, BOUVET et CARRÈRE.**

Dans une séance récente, MM. Laignel-Lavastine et Martimor ont présenté une guérisseuse mystique qui procédait par l'oraison et la méditation. Le malade que nous vous présentons aujourd'hui est beaucoup plus positif. Il se garde de tout mysticisme. Il se recommande simplement de traitements strictement scientifiques, fruits de rigoureuses expériences.

(1) MOREL. — *Revue neurologique*, mars 1939, p. 280.



P. est âgé de 41 ans ; il est employé des P.T.T. et exerce régulièrement ses fonctions. Depuis de longues années, il s'intéresse aux études biologiques et plus particulièrement à la physiologie de la nutrition. Il s'est enfin exclusivement consacré à la science des substances alimentaires, à la bromatologie. Il a acquis des connaissances livresques, théoriques assez étendues, mais assez mal assimilées. Il a essayé d'abord sur lui-même l'effet de régimes variés. En 1927 il accomplit une expérience décisive : il nourrit pendant un mois des cobayes avec du pain blanc, du sucre blanc et du lait bouilli ; il constate des lésions pulmonaires que, sans examen histologique, il assimile au cancer. Cette expérience simpliste et dépourvue de tout contrôle est pour lui mémorable. C'est la seule qu'il ait exécutée, mais il bâtit sur elle toute sa théorie. Il est persuadé avoir eu la révélation définitive de l'origine du cancer. Les néoplasmes sont dus à une carence de sels minéraux. Leur traitement consiste donc en un régime riche en sels et composé surtout de fruits et de pain complet. Il fait part de sa découverte à de multiples personnalités médicales, scientifiques, politiques qui lui répondent par des lettres polies dont il parle avec orgueil comme d'une consécration officielle. Dès lors, son activité, purement spéculative jusque là, tend à devenir de plus en plus pratique. Il veut appliquer à l'homme sa théorie diététique. C'est surtout en ces dernières années qu'il se livre à une propagande intense, qui prend des allures un peu charlatanesques. Il recourt aux moyens de publicité les plus variés : tracts multiples distribués et affichés, buvards-réclame, articles de journaux, conférences. Il se dit en relation avec des savants étrangers. Il s'octroie des titres ronflants : professeur, directeur de laboratoire, directeur de l'Hôpital et de l'Œuvre des cancéreux, de la Maison du Cancer, lauréat d'un grand prix allemand. Il avoue ne pas ignorer la vanité de ces titres ; le laboratoire est une cabane, l'hôpital une maisonnette de banlieue. Il tente cependant de donner des conseils par correspondance, reçoit des réponses de nombreux malades. Il s'associe à un médecin. Il y a deux ans il fait l'objet d'une information pour exercice illégal de la médecine, qui se termine par une simple admonestation. Il se défend d'ailleurs avec énergie d'avoir voulu empiéter sur le domaine médical. Jamais il ne s'est permis, dit-il, d'examiner un malade, de tenter un diagnostic, de prescrire un traitement véritable ; la médecine est hors de sa compétence ; sa science est bien localisée ; elle se cantonne à la diététique, appliquée à des cancéreux diagnostiqués par des médecins. Il montre malicieusement une lettre élogieuse obtenue du syndicat médical d'une grande ville. Il prétend n'avoir tiré aucun bénéfice de sa découverte. Son activité semble en effet désintéressée ; ses conseils aux malades ont toujours été gratuits et, s'il a sollicité quelques gratifications de personnages divers, en faveur de son œuvre, c'est pour intensifier sa propagande. C'est le désir passionné de faire connaître et d'imposer sa méthode qui guide réellement toute son hyperactivité toujours plus considéra-



ble. Ses découvertes se sont étendues, mais dans le même sens : il préconise un régime du diabète et aussi de la lèpre. L'année dernière il participe à d'importants congrès ; il intervient fréquemment ; les rapporteurs lui répondent. Il fait remarquer avec quelques ironie que les savants qui l'écoutaient, dont de nombreux médecins, ont pris en considération ses idées et ne leur ont trouvé aucun caractère de folie ou d'absurdité.

Sa publicité aurait pu se prolonger longtemps encore, s'il ne lui avait donné une allure agressive à l'égard des traitements classiques du cancer. Il lance un défi à un Professeur de chirurgie, lui proposant de traiter, chacun par sa méthode propre, un lot, choisi impartialement, de néoplasiques. Dans ses tracts, il proclame les méfaits de la chirurgie et du radium et la faillite de la médecine officielle. Il cite des cas de malades « martyrisés et tués à l'Institut du Cancer de Villejuif ». Il conseille de « se méfier des Fondations et Hôpitaux ». Son but est de « faire sortir les cancéreux des hôpitaux ». Il réclame la fermeture de la fondation Curie. Il fait enfin placarder des affiches hostiles dans Villejuif, à l'entour de l'Institut du Cancer. Le Ministre de la Santé publique et le Professeur Roussy s'émeuvent de cette propagande. C'est ainsi que P. est interné, il y a quelques semaines, son hyperactivité de plus en plus offensive ayant paru nettement pathologique. Il est certain que sa publicité a pris une tournure dangereuse pour la société et particulièrement pernicieuse pour les malheureux atteints de cancer. Il est placé sur certificat du docteur Logre dont nous citons les éléments essentiels : « Délire imaginatif d'action ; est un inventeur : a trouvé la guérison du cancer et a mission d'appliquer son procédé..... P. s'efforce de détourner les malades de l'Institut du Cancer par des tracts et démarches..... Ici calme. Mais idées délirantes persistantes. Ne peut renoncer à sa mission. Se compare aux grands savants incompris et persécutés. »

Ce qui domine, en somme, tout le tableau clinique, c'est la ténacité du but poursuivi comme une véritable mission, l'hyperactivité passionnée pour faire triompher sa cause, la conviction absolue et irréductible de son idée fixe. C'est en raison de l'impétuosité de ses attaques contre les thérapeutiques classiques qu'il a été interné et non en raison de ses théories scientifiques. Cette réaction persécutrice ne s'adresse d'ailleurs à aucune personnalité ; elle s'exerce à l'égard de collectivités anonymes. L'idée prévalente se développe sur le plan du réel le plus concret. La faiblesse du jugement est évidente, mais le caractère délirant peut échapper même à des gens avertis. Un monsieur distingué, qui connaît P. depuis longtemps, nous disait : « C'est simplement un primaire orgueilleux qui a mal digéré ses lectures. » Le mécanisme interprétatif est réduit au minimum. L'élément imaginatif paraît plus marqué ; en réalité, il est

difficile parfois de le séparer, comme nous l'avons vu, du mensonge intentionnel, et surtout notre malade ne se comporte, en aucune façon, comme un rêveur. Il s'agit donc, dans ce cas, d'une psychose passionnelle à peu près pure. Dès qu'on aborde le domaine qui le captive, P... manifeste aussitôt une exaltation affective et intellectuelle caractéristique. Son hypomanie est d'ailleurs strictement localisée à ce domaine. Dans sa profession, P... a toujours été ponctuel et posé. Dans l'hôpital psychiatrique, il se montre calme, discipliné, correct et même déférent. Nous noterons encore que, des traits paranoïaques, on observe surtout ici la vanité et la ténacité. Le sentiment de persécution est à peine esquissé ; le malade se pose surtout en victime, ainsi que le furent bien d'autres savants, de l'incompréhension des hommes en général et des médecins en particulier.

Il semble que P... ne soit pas entièrement inintimidable. Il est fort affecté de son internement et en comprend les causes. Il se défend de toute intention malveillante à l'égard du corps médical ; il s'inquiète du tort qu'il a pu causer aux médecins qui furent ses collaborateurs. La crainte d'une nouvelle collocation et la menace, parfaitement réalisable, d'une poursuite pour exercice illégal de la médecine paraissent l'influencer. Si son idée prévalente est irréductible, peut-être pourrait-on la sublimer, et l'orienter vers une activité plus théorique et moins délictueuse. La sortie de ce malade, dont l'éventualité peut se présenter dans peu de temps, posera un problème délicat.

M. HEUYER. — Je connais bien le malade de M. Abély ; j'ai eu l'occasion de le présenter à une leçon clinique de l'Infirmerie Spéciale. J'avais moins insisté sur le caractère passionnel de son état que sur son délire imaginatif, et son excitation hypomaniaque chronique. Il ne suffit pas, en effet, qu'un malade soit hypersthénique et actif pour être un passionnel, sinon tous les délirants qui veulent réaliser leur délire pourraient être considérés comme des passionnels. Il faut, pour que l'on puisse dire : « délire passionnel », qu'à la base de la psychopathie, existe une émotion constante et continue, avec tous les caractères habituels de l'émotivité.

Ce malade est plus un hypomane qu'un émotif. D'autre part, il est réellement un délirant. Il est arrivé à une conviction dogmatique sans aucune étude préalable, sans expérimentation, quasi sans lecture. Il se borne à des affirmations simplistes, dont il est convaincu sans doute ; mais il ne pourrait donner les raisons de sa conviction. Il ne serait embarrassé ni par les

objections, ni par les preuves contraires : elles ont pour lui la valeur de l'évidence, mais selon la formule de Logre, « l'inversion de l'évidence » a même valeur.

Aussi je le considère plus comme un inventeur délirant que comme un vrai passionnel. Il est vrai que la passion accompagne souvent les délires d'invention.

Un autre point nous paraît intéressant à souligner : nous avons eu l'occasion, à plusieurs reprises, de voir des malades de cet ordre, semblables aussi à celui que M. Laignel-Lavastine a présenté à la dernière séance. Ce sont des délirants réels qui utilisent de façon pratique leur délire, et quelquefois en vivent. Sans doute celui-ci déclare qu'il répandait généreusement ce qu'il croyait la bonne parole. En réalité, chacun de ses tracts portait la mention, soit d'une souscription à son livre, soit d'une adhésion à la société de traitement contre le cancer. Je crois que le malade a reçu seulement une souscription de 100 francs pour son livre, mais il recevait de temps en temps de l'argent de ses consultations, et, en somme, c'est ainsi qu'il vivait.

Parmi les charlatans médicaux, dont on s'occupe beaucoup à l'heure actuelle, il faut distinguer deux catégories : les uns sont de simples escrocs, qui attirent à eux les débiles suggestibles et crédules et vendent leur orviétan sans croire à son action ; les autres sont réellement des malades. Nous avons eu l'occasion d'observer le Fakir S... plusieurs fois condamné. Nègre du Sénégal, présentant un délire d'influence, avec des idées délirantes de sorcellerie, il utilisait les dons qu'il était convaincu de posséder en soignant les malades et en donnant des consultations, contre argent comptant.

Une autre femme, qui avait un délire de médiumnité, envoyait des cartes de réclame dans lesquelles elle affirmait que, grâce à l'influence des signes du Zodiaque, elle pouvait prévoir l'avenir ; ses consultations étaient aussi payantes.

Or, le malade de M. Abély nous paraît rentrer aussi dans cette catégorie, car les conseils qu'il donnait n'étaient pas absolument désintéressés.

Enfin, nous croyons devoir insister sur une double interpsychologie. L'une, pittoresque, celle des médecins qui ont écrit à ce déséquilibré pour discuter les termes de ses tracts et lui demander de leur envoyer ses travaux ; parmi eux, nous avons lu une lettre d'un directeur d'un Service d'Hygiène d'un département du Midi. Il y avait aussi des réactions plus pitoyables et plus dangereuses dans leurs conséquences. Nous avons lu, dans le dossier, plusieurs lettres de familles de malades qui, acceptant

les critiques contre la chirurgie et l'emploi du radium, demandaient au bromatologiste propagandiste des conseils pour le traitement du cancer.

Le malade de M. Abély ne montrait aucune agressivité contre les personnes ; il nous paraît avoir eu surtout l'activité hypomaniaque d'un inventeur imaginatif et réalisateur plus que d'un passionnel quérulent.

Il n'en est pas moins vrai que les conséquences de son activité, pour n'être pas directement meurtrières, n'en étaient pas moins éminemment nocives.

**Deux états passionnels à thème commun de dépossession  
et de formes différentes, par MM. HEUYER et NEVEU.**

Nous avons eu l'occasion d'examiner, à l'Infirmierie Spéciale, deux malades qui présentent le même syndrome passionnel de quérulence et de revendication, à thème de dépossession.

Chez l'un, le syndrome est pur, sans idées délirantes ; chez l'autre, il existe une idée délirante ; pour le premier au moins, pourrait se discuter un problème médico-légal de solution difficile.

Nous rapporterons tout d'abord les deux observations des malades et les ferons suivre de quelques commentaires.

OBSERVATION I. — Del... Marcel, âgé de 43 ans, a été envoyé à l'Infirmierie Spéciale par le Commissaire de Police de S... en raison des faits suivants : sa femme s'étant absentée depuis le matin, le retrouva à 7 heures, armé, dans le fond de son jardin. Elle l'appela, mais il lui cria : « N'entrez pas ou je tire. » Elle fit un écart pour se mettre à l'abri et entendit en même temps un coup de feu. Le Commissaire de Police, prévenu, trouva Del... dans un état de surexcitation extrême, armé d'un fusil et de deux revolvers, menaçant de tirer sur toute personne qui tenterait de pénétrer chez lui.

Après avoir parlementé avec le Commissaire et un voisin, Del... consentit à abandonner ses armes. Il avait tiré plusieurs coups de feu dans la terre et menacé le service d'ordre.

En pénétrant dans la propriété, on vit qu'il avait peint sur la maison qui lui avait appartenu, mais qui avait été vendue judiciairement, des croix gammées et les mots : « Voleurs ! Entrez voleurs ! » On trouva deux lettres ainsi rédigées : « Mon Führer. A vous mes biens et tout ce que j'aime — j'ai eu le courage de mettre votre signe sur ma porte — je ne vous demande rien, mais sachez que vous avez raison et qu'il faut continuer ; il y a des hommes qui meurent pour vous et vous n'en savez rien. Salut. M... Del.. ». Et encore : « Je suis

le premier Français qui fait flotter le drapeau qui nous honore — le drapeau à croix gammée. »

La veille, Del... s'était présenté chez l'huissier chargé de faire exécuter une décision de justice dans la maison et avait déclaré qu'il « descendrait » le nouveau propriétaire s'il pénétrait dans son jardin.

Examiné le lendemain à l'Infirmierie spéciale, Del... ne présente plus d'excitation. Il est désolé, son attitude est larmoyante et pitoyable, humble, mais avec une nuance d'emphase et une hypertonie dissimulée. Il se confond en excuses, en regrets, soupire, minimise les faits, malgré une affectation de franchise.

*Antécédents héréditaires* : son père serait décédé à 65 ans d'une affection nerveuse. Il était émotif, sensible, souvent inquiet : « il prenait les affaires par le pire ». Sa mère, au contraire, est toujours d'humeur égale, altruiste et active. Le malade est fils unique. Il n'y a pas d'antécédents psychopathiques familiaux connus.

*Antécédents personnels* : originaire de Paris, enfance sans incidents notables. Après une scolarité normale, il fut envoyé au collège de Chalons, afin de préparer le concours d'entrée à l'École des Arts et Métiers. Ayant échoué, il sortit avec le B.E.P.S., diplôme élémentaire qu'il juge inférieur à ses capacités. Il explique son échec par le défaut de vocation : « on ne m'a pas demandé mes préférences, et je l'ai quelquefois reproché à mon père. La mécanique ne me plaisait pas, j'étais plutôt attiré par les lettres ». En fait, il semble avoir été un enfant imaginaire, lecteur de romans d'aventures, avec des tendances à la rêvasserie, qu'il qualifie rétrospectivement de goûts littéraires ; il semble même avoir eu un certain retard scolaire, puisqu'il quitta le collège à l'âge de 17 ans. Dessinateur d'architecture jusqu'à l'âge de 20 ans, où il fut mobilisé. Pendant la guerre, il fut blessé quatre fois, nommé caporal, puis sergent ; en 1917, élève aspirant à l'école de Joinville, il fut promu sous-lieutenant avec deux mois de retard, en raison de quelques « écarts de conduite ». Il termina la guerre comme officier, puis revint à Paris après la démobilisation. Là, il fut employé par un cousin, entrepreneur de travaux publics, qui lui donna le poste de conducteur des travaux. Il ne semble pas avoir apprécié l'aide et la confiance de son cousin : celui-ci lui faisait faire plus de travail qu'il n'aurait pu en exiger d'un autre employé, et le payait moins. Del... fit alors connaissance d'une épicière, qu'il épousa, malgré une certaine opposition de la famille qui reprochait à la fiancée un certain degré de claudication. Il dut, après ce mariage, abandonner son emploi de conducteur des travaux, pour se consacrer au commerce. Il se fit vendeur sur des marchés de banlieue, accrut l'importance de ses affaires, donna l'épicerie en gérance. Ce fut une « époque de prospérité et de bonheur ». Sa femme eut une fille en 1925, et mourut en 1934, quelques jours après une intervention chirurgicale, motivée par une récurrence de coxalgie. Ce fut pour Del... un choc émotif considérable. Son chagrin fut extrêmement vif et durable. Il ne peut parler,



encore actuellement, de ces événements sans émotion douloureuse. Il voulut réagir : « je voulais me faire une raison, dit-il, j'espaçais mes visites au cimetière, je faisais exprès de m'intéresser à la physique et aux mathématiques ». A la fin de 1936, il se remarie, « après avoir observé les délais légaux », fait-il remarquer. Mais la mort de sa première femme avait entraîné le déclin de ses affaires, il « ne pouvait y parvenir » et il avait dû déposer son bilan. Alors commence une période de déchéance : commis épicier, il ne peut supporter cet emploi fatigant et subalterne, employé temporaire d'une administration, il part « parce que le milieu ne lui convient pas ». Des amis lui font obtenir une place de conducteur de travaux à R..., mais il revient à Paris, pour « s'occuper de ses affaires » et il devient employé temporaire au Métropolitain ; puis il ne trouve plus d'emploi, vit d'une allocation de chômage ; ses démarches pour trouver du travail sont inutiles, il ne rencontre que refus et humiliations.

Ces antécédents montrent quelques traits caractériels de Del..., qui est un passionnel et un paranoïaque ayant une haute idée de lui-même, et des capacités médiocres. Agissant le plus souvent avec peu de discernement, obéissant à ses désirs plus qu'à son intérêt véritable, supportant mal une contrainte quelconque, faisant preuve d'une affectivité exacerbée au cours de la passion amoureuse qu'il éprouva pour sa première femme, après la mort de celle-ci, il semble incapable de diriger seul son commerce, et c'est à ce moment précis qu'apparaissent les réactions querulentes et les tendances aux interprétations.

*Examen du malade.* — Del... expose avec de multiples détails un thème de dépossession. Bien qu'il affecte une certaine résignation, il fait alors preuve d'hypertonie, et d'une véhémence contenue. Loquace et graphorréique, il expose volontiers ses griefs, les ordonne méthodiquement, les accompagne de remarques, de notes en marge, de résumés, de schémas explicatifs ; dans un de ses écrits, il explique de quelle manière il fut dépossédé :

« Mais de quoi s'agit-il donc ? *Voici* : en 1932, ma première épouse, Hyacinthe, obtint de mes parents (cadeau) une bande de terrain de 4 m. de large sur 25 m. de long. Sur ce terrain de 100 m<sup>2</sup>, nous fîmes édifier une construction par les soins de l'E..., de Paris. L'opération financière, dont je possède tous les documents, se décompose en trois phases :

« 1° des fonds sont déposés par nous à la Société d'E... et R..., avec la valeur du terrain, 39.000 fr. environ ;

« 2° les Sociétés nous avancent une somme de 72.000 fr. environ remboursable en 20 ans (à partir du 6 juin 1932) ;

« 3° remboursement de prêt de 1932 à 1935, environ 23.500 fr. (nous avons les reçus).

« Or, le 16 mars 1937, ma maison fut vendue pour la somme de 30.050 fr. parce qu'en 1934, après avoir perdu mon père, ma femme, notre situation, j'avais été obligé de suspendre les paiements le 1<sup>er</sup> avril 1935 environ.

« Ce qui a donc été la cause de ce grave différend, c'est surtout la réclamation de société en liquidation, qui, passant outre les sommes régulièrement versées (puisque nous avons les reçus), maintient que nous devons le tout, alors que nous n'en devons qu'une partie.

« Je m'en suis pris au nouveau propriétaire de notre maison. Je le regrette profondément, et c'est pourquoi je me suis livré jeudi dernier à cette manifestation ridicule. Je croyais que le nouveau propriétaire voulait entrer de force dans la maison et la propriété de ma pauvre maman. C'est donc pourquoi j'ai voulu jouer ainsi à l'intimidation. Je n'ai pas voulu terroriser ma vieille maman, ni notre enfant de 14 ans, ni ma pauvre femme que j'aime de tout mon cœur. Dans mon idée, je pouvais ainsi attirer l'attention des pouvoirs publics sur mon affaire. »

Avec ténacité, obstination, il revient sans cesse au thème de dépossession. Il affirme abandonner ses griefs afin de pouvoir en parler encore : « J'aurai été jusqu'au bout, écrit-il à sa femme, j'aurai lutté jusqu'à la dernière limite contre des procédés qui nous ruinent. » Les libellés qu'il rédige portent en suscription : « Affaire Del... contre Sté E... et E... ». Ses propos, ses écrits, traduisent la hantise constante de cette idée de dépossession. Elle a succédé au choc idéo-affectif de la mort de sa femme et de sa ruine consécutive.

Avec mauvaise foi, il essaie d'excuser son attitude agressive : « Il est certain que je n'avais nullement l'intention de me servir d'armes ni contre ma femme, ni contre mes amis du service d'ordre..., la démonstration que j'ai tenté de faire et qui a paru dangereuse ne l'était pas en réalité. Elle l'aurait été évidemment si j'avais été un malade, ce qui n'est pas le cas. Un homme dangereux n'est pas l'homme qui lit ce que je lis, et écrit quelquefois, quand l'envie m'en prend, certaines choses très intéressantes. »

Depuis quelques temps, il présentait des idées de persécution vagues, il avait l'impression d'une hostilité générale : les voisins ne le saluaient plus, on lui proposait des travaux humiliants, il se plaignait au Ministre du Travail.

Confronté avec sa femme, puis avec sa mère, il se montra incompréhensif, théâtral, affectant un accablement, leur reprochant avec amertume de ne pas le soutenir, de l'abandonner, exaspéré quand sa famille tentait de le convaincre de la nécessité de suivre un traitement, car il semble préférer le rôle de martyr à celui de malade.

Pendant son séjour à l'Infirmierie Spéciale, Del... présentait la même attitude de fausse résignation : « C'est une affaire délicate, maintenant je suis battu à plates coutures, et il faut que j'accepte ça..., ce n'est pas moi qui devrais être ici, c'est les administrateurs de cette société. Ils ont été arrêtés, et relâchés. Si la loi est comme ça, il faut que je m'incline. »

Il fut interné le 24 avril avec le certificat suivant :

Psychose passionnelle sur un thème de dépossession, d'ailleurs réel. Emprunt contracté à une société d'épargne pour construction d'une maison ; cessation des versements ; saisie, vente judiciaire de la mai-

son par la société d'épargne. Exaspération, querulence. Refus de se soumettre à la décision judiciaire. Conviction d'avoir été victime d'un vol. En outre, chômage ; misère, découragement et irritation, revendication, menaces de « descendre » l'acheteur de sa maison. Coup de fusil sur sa femme, qui a pu éviter le coup, et qu'il n'avait peut-être pas reconnue. En outre, depuis plus de deux ans, multiples interprétations morbides ; les voisins ne le saluaient plus ; on lui en voulait ; on faisait exprès de ne pas lui donner de travail ; on voulait lui faire faire des besognes déshonorantes : ramassage des papiers sales dans le Parc de Sceaux, etc... Addition de petits faits. Attitude de paranoïaque. Actes bizarres : sur sa maison, dessins de croix gammées ; brouillons de deux lettres : Hitler, « mon Führer ». Assimilation de la prise de possession de sa maison à la prise de la Tchécoslovaquie. A l'Infirmierie, hypertonie, véhémence, graphorrhée, discussions, ergotages, ton doucereux, tentatives de minimiser les faits, calme affecté, excuses, puis reproches vifs à sa mère et à sa femme quand elles lui demandent de se soigner. Pleurs. Théâtralisme. Pas de signes neurologiques, sauf tremblement émotif épisodique. Pouls variable : 100-92. Allégation d'une blessure du crâne pendant la guerre. Plaie superficielle, peut-être petite réaction périostée du pariétal gauche, sans conséquences. En 1936, premières manifestations querulentes : sur plaintes portées contre les sociétés d'épargnes. Cas limite. Pas de délire verbal, mais délire des actes. Sujet dangereux. A besoin d'une longue observation.

D<sup>r</sup> HEUYER.

OBSERVATION II. — Des... Mathieu, âgé de 64 ans, ancien fabricant de coutellerie, ancien commissionnaire aux Halles, est un vieillard sec, qui s'exprime en bafouillant avec véhémence par phrases entrecoupées d'une interjection stéréotypée. Protestataire, accusateur, indigné, nullement intimidé par son arrestation, il s'emporte volontiers à la moindre occasion qu'on lui donne.

*Antécédents héréditaires* : rien de notable.

*Antécédents personnels* : originaire du Puy-de-Dôme. Scolarité normale. Il vécut d'abord dans sa famille, travaillant avec son père, fabricant de coutellerie. Vers 18 ou 20 ans, il aurait eu une grande activité politique locale, collaborant à un journal, soutien d'un candidat qui ne fut pas élu, et la maison paternelle, quartier général du candidat malheureux, faillit être brûlée dans les manifestations de joie des adversaires politiques triomphants. Après cet incident, Des... et son père renoncèrent à la politique, et le fils partit au service militaire. Marié en 1899, au bout de six mois, il comprend que sa femme n'est pas sérieuse, elle l'a pris « comme chapeau », elle l'a trompé « avant même de se marier » ; il la met à la porte et divorce après trois ans de séparation de corps. Il a eu une fille « qu'il est bien obligé de reconnaître ». Il se remarie en 1907. Après le décès de sa femme, il va s'établir à Paris et s'y marie en 1914 pour la troisième fois. Il

abandonne le commerce des couteaux pour celui des bananes. A partir de 1918 il y fit d'excellentes affaires. Sa femme mourut en 1931 et c'est à propos de sa succession que Des... commença son activité revendicatrice.

Il dit n'avoir jamais été malade et affirme avoir toujours été sobre.

*Examen du malade.* — Des... se présente avec une hypersthésie très marquée. Il accuse avec véhémence le mari de sa belle-fille et le notaire qui devait régler la succession de sa troisième femme.

Il a été dépossédé, ainsi que la fille qu'il eût de cette femme, de sa part d'héritage. Et immédiatement, il prend une attitude typiquement querulente, avant même d'avoir exposé les faits dont il se plaint : « Il y a déjà huit ans que je plaide pour défendre mes droits, depuis 1931 ; le notaire m'a fait porter décédé ; croyez-vous qu'il n'y a pas de quoi déposer une plainte. Mais j'ai pris un avocat et c'est très grave pour le notaire. C'est un faux en écritures publiques et usage de faux... oui, j'ai envoyé des lettres recommandées au Président du Conseil, au Ministre de l'Intérieur, et au Président de la République, et on m'a dit même de m'adresser au Ministre de la Justice. Je désire rentrer dans mes droits. On ne peut tout de même pas me priver de mes droits. »

Il explique ensuite qu'il a été expulsé d'une maison qu'il possédait en communauté avec sa femme, et qu'il a été frustré de sa part d'héritage : « Je suis lésé, je ne peux pas me laisser mettre à la porte avec une succession de 2.395.000 francs ? » et il triomphe lorsque nous examinons les pièces qui prouvent la culpabilité de ses adversaires ; c'est la copie, de sa main, d'un acte de succession où l'on a omis de mentionner son premier mariage, c'est donc « un faux état civil » que le notaire a dû commettre volontairement pour priver sa première fille d'une succession éventuelle ; un passage de l'acte est curieusement déformé par une erreur de copie : « ...pour moitié de Mme R... de cujus leur mère veuve en premières noces de M. B... épouse en secondes noces de M. Des... *requérant décédé* ainsi qu'il est indiqué en tête des présentes. » Malgré le contexte (ainsi qu'il..., etc.), Des... se fondant sur le défaut de ponctuation et d'accord du participe conclut à sa mort puisqu'on le qualifie de *requérant décédé*.

Avec mauvaise foi, il n'oublie pas d'utiliser cet argument à son avantage dans une autre affaire où un jugement a été rendu contre lui : « Les jugements sont nuls puisque je suis mort » et cependant, il déplore, étant *décédé*, d'être privé injustement de la part de succession qui lui revient.

Il ne s'est pas borné à des réactions processives et il admet avec un peu de réticences qu'il s'est rendu chez le notaire M<sup>e</sup> de L... avec un revolver : « Peut-être que j'avais un revolver ! peut-être oui ! affirme-t-il avec une nuance de défi, car je lui aurais demandé l'acte et s'il avait voulu le déchirer alors j'aurais... (geste expressif de tirer).

Mais sa haine ne concerne pas seulement M<sup>e</sup> de L. Il en veut également à M. R..., mari de sa belle-fille. Contre celui-ci, il a déposé une plainte en abus de confiance et il est animé des mêmes intentions



agressives. Voici, brièvement résumés, ses griefs : « En décembre 1929, les époux R..., se trouvant dans la gêne, près de faire faillite, firent appel à leurs beaux-parents. A ce moment, j'avais à R... une somme de 112.500 fr. pour laquelle il me donna un nantissement sur son fonds de commerce, mais malgré cette avance, il ne pouvait s'en tirer ; alors nous nous sommes défaits de notre fonds, et j'ai ouvert un compte en banque de 20.000 fr., lui donnant une procuration pour les affaires. Mais ma femme vérifiait la comptabilité de R... pour voir s'il était possible de remonter l'affaire. » Des... fit ensuite transférer son fonds chez M. R... « Je devenais par ce fait associé. » En réalité, il n'existe aucun acte d'association. Mais, plus qu'associé, Des... se considérait comme le propriétaire de la maison de commerce : « C'est mon bien, dit-il, et je l'ai remonté, puisque la première année je déclarais 350.000 fr. de bénéfices commerciaux », déclaration qu'il eut la surprise de voir refuser par l'administration, qui lui fit savoir qu'il ne possédait pas ce commerce, d'où procès à M. R... résolu en Cour d'Appel par un arrêt déboutant le plaignant qui accuse M. R... d'avoir usé de corruption : « R... a déjà dépensé 5 ou 600.000 fr. en procès. Ce sont là des choses que je ne peux pas dire ouvertement. »

Des... laisse prévoir des réactions plus dangereuses s'il parvient à épuiser les ressources de la procédure : « On me l'a bien dit : vous savez, à votre place, il y a longtemps que j'aurais fait passer R... de l'autre côté de la barrière, mais avant d'en arriver là..., j'ai des enfants, je vais voir mon avocat. »

Ce délire de revendication est extensif, envahissant ; pour Des... tout est matière à procès, et en particulier son arrestation et son envoi à l'Infirmerie Spéciale : « Mon avocat viendra demain... me faire passer pour fou, mais c'est le plus grand des crimes, je demande la visite de quatre médecins, et je veux voir mon médecin de famille, et je tiens à vous dire que Mme R... (sa fille cadette) est enceinte, et de l'émotion il peut résulter de très graves désagréments, Monsieur ! »

Invité à rédiger un résumé de son affaire, il proteste, refuse, hésite, puis s'exécute, abusant de termes juridiques employés le plus souvent à contre-sens : « Ce qui est un flagrant délit, un véritable faux de la part du notaire. »

Les renseignements donnés par sa fille confirment l'existence d'un préjudice, peut-être réel. Confronté avec M. R..., Des... s'irrite, s'exalte, fait de violents reproches. Il semble que Des..., par son activité processive intempestive, a retardé la procédure de succession et a contribué à aggraver les problèmes qui étaient posés par un état de chose très complexe, du fait de ses mariages successifs et du défaut de forme de ses opérations commerciales.

Des... ne présente pas d'affaiblissement intellectuel. Il a été interné le 9 mai avec le certificat suivant :

« Psychose passionnelle à forme de dépossession. Revendication continue et exaltée à l'occasion de l'héritage de sa femme décédée en 1930. Conviction d'avoir été victime de l'escroquerie d'un notaire ;



allégation d'une double erreur qu'il estime volontaire ; omission de la mention de son premier mariage, oubli d'une virgule et d'un e muet, qui transforme le veuf en requérant décédé. Conviction délirante de sa mort légale. Accusations contre le notaire et son propre gendre. Refus d'accepter les décisions de justice. Lettres au Ministre de l'Intérieur, au Ministre de la Justice, au Président du Conseil, au Président de la République. Menaces de mort écrites et verbales contre son gendre et contre le notaire. Emotivité continue à forme variable : véhémence, colère, dépression, pleurs, agressivité, menaces de se faire justice lui-même. Pas de signes neurologiques. Pouls : 68. Maigreur. Mauvais état général. — D<sup>r</sup> HEUER. »

I. — Chez le malade Del..., l'état passionnel est pur, sans idées délirantes. Il s'agit d'une psychose passionnelle sans délire. La dépossession dont il se plaint est réelle. Il est exact qu'il a été ruiné, que sa maison a été vendue, et il se refuse à admettre la légalité de la décision judiciaire prise à son égard. Le complexe idéo-affectif est constitué par un état passionnel attaché à la représentation d'un fait exact. Les interprétations sont exagérées. Il y a des erreurs de jugement, mais ces erreurs sont la conséquence du désordre affectif, beaucoup plus que de troubles du raisonnement. Les affiches manuscrites pro-hitlériennes ne proviennent même pas d'une idée délirante. Il grossit artificiellement sa dépossession, en assimilant sa maison à la Tchecoslovaquie, mais cette affirmation grandiloquente n'est que l'expression même de l'hypertrophie paranoïaque de son moi orgueilleux. Son état passionnel, « émotion puissante et continue, qui domine la raison et dirige les actes », s'est polarisé sur un fait réel, dont la représentation est, dans son esprit, une préoccupation constante et légitime.

Chez Des..., il s'agit d'un délire passionnel. La dépossession n'a pas été réelle. Il est vrai que Des... n'a pas touché l'héritage auquel il a droit, et qu'il est actuellement dans la misère ; mais c'est son activité processive qui a retardé la procédure de succession ; sans les obstacles qu'il a incessamment dressés, il aurait été déjà mis en possession de sa part, et il ne serait pas misérable. Il est possible que sa conviction d'avoir été victime de l'escroquerie d'un notaire soit fondée sur une erreur réelle de dactylographie ; toutefois, n'ayant eu entre les mains que la copie de cet acte, écrite de la main même de Des..., il nous a été impossible de vérifier si l'acte authentique portait la mention : « Requérant décédé. » D'ailleurs, ce fait, s'il a une importance dans les réactions de Des..., ne fait pas partie du délire du malade. Ce sont les conséquences de cette constatation qui sont devenues

délirantes. En effet, Des... a la conviction délirante de sa mort légale. Porté comme « requérant décédé » sur un acte officiel, il est donc réellement mort au point de vue légal et il en conclut que les jugements rendus à son désavantage dans les procès qu'il a perdus sont nuls, puisqu'il est mort, d'où les oppositions incessantes qu'il a mises à l'exécution des jugements qui auraient pu le faire rentrer dans sa part d'héritage.

Quant aux autres motifs de ses revendications, notamment les griefs qu'il prétend avoir contre R..., le mari de sa belle-fille, ils ont peut-être quelque légitimité, mais ils ne font que se cristalliser autour de l'idée délirante essentielle qu'il est un mort légal.

Le comportement des deux malades est en fonction même de leurs états passionnels. Comme nous l'écrivions naguère dans un article sur « les psychoses et crimes passionnels » (1), le délire passionnel, celui de Des..., s'accompagne d'agitation, de véhémence, d'hypersthénie, et présente une apparence d'hypomanie. C'est bien l'attitude que présente encore aujourd'hui notre malade.

Au contraire, dans la psychose passionnelle sans délire, il n'y a pas d'agitation constante. Le sujet dissimule ses préoccupations, cache ses décisions, montre du sang-froid. C'est l'attitude de Del..., surtout depuis qu'il est interné. Il est calme, doux, il minimise les faits, il cherche à persuader, plus qu'il n'affirme avec véhémence.

II. — Nous avons interné ces deux malades, et nous pensons que ce fut la meilleure solution à prendre. Dans l'un et l'autre cas, le médecin a pu interner avant qu'un drame se produise. Mais on peut admettre sans difficulté que, dans les deux cas, les menaces auraient été mises à exécution, d'autant plus que Del... a tiré sur sa femme, et ne l'a ratée que par miracle, et que Des... est allé un jour chez le notaire avec son revolver en poche.

S'il y avait eu meurtre, le médecin expert aurait eu à intervenir, et c'est alors que la décision médico-légale aurait pu être discutée, sinon dans les deux cas, du moins pour l'un d'eux. Pour Des..., il ne nous semble pas que la question de responsabilité ait pu se poser, par ce fait même qu'il présentait une idée délirante : la conviction de sa mort légale. La décision du médecin expert ne pouvait être que de considérer Des... comme ayant agi en état de démence au sens de l'art. 64 du

(1) Psychose et crimes passionnels. *Hygiène mentale*, juillet-août 1932.

Code Pénal, et de proposer l'internement. Mais pour Del..., la question est plus complexe. Il n'a aucune idée délirante ; il est maintenant calme, apparemment lucide, discuteur. Il reste convaincu de son droit, et craint d'être considéré comme un aliéné. Nous croyons que de nombreux médecins experts l'auraient reconnu entièrement responsable.

Naguère, dans son rapport sur le crime passionnel, M. Lévy-Valensi avait conclu que la prophylaxie du crime passionnel doit être d'abord pénale, et il était très ferme sur la nécessité de punir lourdement, en toutes circonstances, les crimes passionnels (1).

M. Courbon n'admet pas qu'on assimile la passion au délire sous prétexte d'un état affectif qui aveugle et tyrannise le sujet. Il estime qu'avant le crime, il faut soigner le passionnel, et l'interner ; après le crime, il faut le juger, le condamner, et lui faire subir sa peine, qu'il y ait délit ou non.

Nous avons noté naguère que cette opinion ne nous semble ni logique, ni légitime. Ce ne sont pas les réactions du sujet qui spécifient son état ; ce sont les conditions psychopathologiques, qui déterminent les réactions et que le médecin doit connaître ; s'il s'agit d'un malade, son internement après le crime nous paraît aussi légitime qu'il l'eût été avant l'acte criminel.

Nous admettons plus volontiers, avec M. Rogues de Fursac, que « toutes les fois que la défense sociale ne peut être assurée par une mesure d'ordre médical et que l'indulgence risque d'augmenter la nocivité du sujet, il faut laisser la répression pénale avoir son plein effet, même si le sujet paraît plus ou moins taré mentalement ».

Dans les conditions actuelles de la jurisprudence et de la répression, les conclusions logiques du médecin expert ne peuvent toujours être appliquées. L'obligation de choisir simplement entre la prison et l'asile d'aliénés oblige à des décisions imparfaites. De plus, la notion de responsabilité qui pèse sur l'expertise rend impossible un avis scientifique quand il s'agit d'un meurtre passionnel. Il n'y aurait point de pire conclusion de l'expertise, quand il s'agit d'un crime commis par un passionnel, que celle de la responsabilité atténuée ; il ne peut être mis en liberté après une courte peine, puisqu'il reste un danger pour la sécurité publique.

C'est pour ces délinquants mentalement anormaux que la

(1) Congrès de Médecine Légale, 1931.

notion de responsabilité ne permet pas une solution logique et efficace. En présence d'un criminel passionnel, ce qu'il importe de juger, c'est son intimidabilité et sa curabilité. Il est possible que, pour un certain nombre d'entre eux, la menace d'une punition grave soit un tuteur moral qui permet de soutenir leur volonté défaillante. Toutefois, l'expérience montre que ces passionnels redoutent davantage d'être considérés comme des malades irresponsables et internables que comme des criminels responsables et condamnables. En tout cas, pour ces passionnels sans délire, qui rentrent dans le cadre des délinquants mentalement anormaux, nous pensons qu'ils ressortissent beaucoup plus aux mesures de défense ou de protection sociale, qui existent déjà en Belgique, en Allemagne, en Italie et en Yougoslavie. Pour eux, la mesure de défense sociale la plus efficace est le placement, pour une durée indéterminée, dans un asile de sûreté.

En France, la proposition de loi de MM. Lisbonne et Camboulives, destinée à réaliser les mesures de protection sociale qui existent déjà ailleurs, permettrait de trouver une solution satisfaisante pour le placement de ces sujets, dont la place n'est pas à la prison, et n'est pourtant pas à l'asile.

Nous avons interné le malade Del..., mais déjà son comportement paraît si normal à l'asile que bientôt la question de sa sortie se posera sans doute. Or, nous pensons que le fait d'avoir été considéré comme un aliéné sera pour lui un frein plus certain que celui d'une condamnation, grâce à laquelle il aurait pris facilement une attitude de victime et de martyr. C'est pourquoi, lors de notre présentation à la Société, c'est devant lui-même que nous tenons à exposer son histoire, et que nous insistons sur le caractère pathologique de son attitude ; en règle générale, la crainte d'être considéré comme un aliéné atteint plus le passionnel que la crainte d'une sanction pénale.

Nous avons eu, à l'Infirmerie Spéciale, maints exemples de passionnels qui avaient déjà fait une tentative de suicide, ou proféré des menaces graves. Un séjour plus ou moins prolongé à l'Infirmerie Spéciale nous a permis de remettre quelquefois en liberté ces individus, sinon guéris de leur passion, du moins calmés et assagis par la crainte de l'internement.

Ces malades sont dans un état pathologique de pré-criminalité ; ils relèvent aussi, au point de vue de la prophylaxie criminelle, de la proposition de loi de M. Louis Rollin ; lorsqu'ils ont commis un crime, ils restent des sujets mentalement anormaux, et relèvent des mesures et des établissements de sûreté que prévoit la proposition de loi Lisbonne et Camboulives.

Quant aux passionnels délirants, du type de Des..., ce sont des aliénés qui relèvent de l'internement, et dont la psychose évolue selon les caractères précisés par de Clérambault : évolution du délire en éventail, absence d'état démentiel, intégrité de l'intelligence, incurabilité de la maladie.

M. X. ABÉLY. — Je ne suis pas persuadé que l'activité délirante du second malade soit très étendue. L'affaire judiciaire qui a déclenché les réactions revendicatrices est très complexe et les quelques précisions, d'ailleurs incomplètes, qu'en donne le malade, restent plausibles. Des arguments juridiques qui ont pu être opposés aux décisions judiciaires, les uns portent sur le fond, les autres sur la forme. Les critiques de fond ont été difficilement retenues par cet esprit fruste. Par contre, les critiques de forme, plus simples à comprendre, l'ont frappé et il n'est pas à rejeter que ces critiques aient été suggérées par un avocat combattif. La suppression d'une lettre et d'une virgule, probablement réelle, n'est pas le seul grief invoqué par le malade ; il signale encore la répétition intempestive de termes approchants. Il n'est pas impossible que l'avocat ait songé, pour faire casser un premier jugement, de plaider la mort fictive de l'intéressé, résultant d'une erreur de rédaction. Le malade n'a nullement l'intention d'arrêter l'action, qui n'a pas encore reçu de solution définitive ; il se plaint surtout de la lenteur de la décision judiciaire. Sans doute, y a-t-il, dans ce cas, des interprétations de type passionnel, mais non de type symbolique.

M. H. BARUK. — Il ne suffit pas, dans ces états ou ces délires passionnels, de décrire les troubles et de prendre des mesures de protection, il faudrait aussi essayer de pénétrer la pathogénie, ce qui donnerait des indications thérapeutiques. A côté des facteurs constitutionnels, il entre, dans ces manifestations, des causes occasionnelles soit psychologiques, soit physiologiques. Au point de vue psychologique, l'exaspération affective et l'érethisme spécial qui est à la base des troubles du comportement et de ce dynamisme intense ont souvent leur origine dans des échecs, dans des humiliations d'amour-propre, et plus souvent encore dans la prise de conscience d'infériorités ou de fautes non avouées et non reconnues. C'est alors que le sujet réagit par le mécanisme du « bouc émissaire » en s'acharnant avec violence et en trouvant des responsables à ses malheurs.

Mais il ne faut pas non plus oublier les facteurs physiologiques : la fatigue, l'épuisement physique ou émotif, certaines



causes irritatives, parmi lesquelles nous pourrions citer, au premier chef, la tuberculose ancienne, pouvant donner au système nerveux un véritable coup de fouet, avec exaspération hostile de l'affectivité, et réactions passionnelles.

C'est dire que, tout en prenant les précautions de sécurité nécessaires, il faut tenter, en pareil cas, de tenir compte des facteurs pathogéniques pour essayer d'exercer une action apaisante tant du point de vue psychologique que physiologique sur l'éréthisme affectif.

C'est une tâche extrêmement difficile, mais dont le médecin ne doit pas se désintéresser. Elle nécessite de savoir allier une compréhension du malade à la fermeté nécessaire. Je ne crois pas que la création de services spéciaux pour délinquants soit favorable au traitement de tels sujets, qui sont mieux à leur place dans des services où ils sont l'objet, non seulement de surveillance, mais de soins, et d'une atmosphère morale particulièrement adaptée.

M. COURBON. — Je fais entièrement crédit à M. Heuyer pour le diagnostic différentiel des deux malades que je n'ai pas examinés et dont il nous a exposé les caractères distinctifs. Je crois comme lui également que la thérapeutique immédiate des états passionnels à réactions dangereuses, et plus encore la prophylaxie de leurs récives, exigent l'addition de la coercition, à tous les autres agents sédatifs et reconstituants. Et nulle part, ailleurs que dans des services spécialement organisés pour cela, cette psychothérapie coercitive ne saurait être exercée avec plus de douceur pour le malade et moins de dommage pour autrui.

Puisqu'il a bien voulu faire allusion à la conception médico-légale en matière d'états passionnels que j'ai formulée à la séance de notre société de février 1927, je vais préciser ma pensée. *Théoriquement*, état passionnel non pathologique et état passionnel pathologique, ou délirant, se distinguent. Idées délirantes, interprétations délirantes, confusion mentale, onirisme, obsessions anxieuses et d'autres signes encore existent dans le délire, mais non dans la passion. *Pratiquement*, il y a certains cas où cette distinction n'est pas possible. Dans ces cas, où la science est défailante, l'expert doit faire appel au bon sens qui commande toujours de concilier tous les intérêts en jeu, intérêts de la société, de l'expertise, des individus avec qui il est en conflit, de sa famille. Or, l'internement à l'asile du passionné avant qu'il ait mis à exécution les actes agressifs

que lui inspire sa passion, assure incontestablement la sauvegarde de tous les intérêts en jeu. L'internement après exécution ou commencement d'exécution des actes agressifs n'assure plus cette sauvegarde générale.

Donc voici la règle que je propose, *uniquement pour les cas où le diagnostic entre passion simple et passion délirante est impossible* : quand aucune agression n'a été commise, il faut impérativement conclure au délire, car la conclusion empêche la réalisation du crime et assure le traitement d'un individu qui n'est encore pas un criminel. Quand il y a eu agression, ou commencement d'agression, l'obligation de conclure au délire n'est plus impérative, car cette conclusion ne ressuscite pas les morts et ne répare pas les dommages. D'ailleurs, M. Heuyer a agi comme je conseille d'agir.

Je termine en exprimant le regret que le récit de leur histoire et des controverses médicales auxquelles leurs actes donnèrent lieu nous ait été fait en présence des intéressés. Je considère, en effet, comme une règle pieusement reçue de mes maîtres et scrupuleusement observée par les vieux médecins, mes contemporains, qu'il ne faut jamais discuter de son cas devant un malade. Or, cette règle n'est pas toujours acceptée par mes jeunes confrères soit ici, soit dans d'autres sociétés, notamment à la société de neurologie. C'est un tort et en psychiatrie plus que partout ailleurs. Ce n'est pas faire une bonne psychothérapie à un passionné que de lui enfoncer dans la tête la certitude que les actes qu'il est capable d'accomplir sous l'influence de la passion sont de nature pathologique et qu'il n'en est pas responsable. Ce n'est pas non plus fournir un argument à l'opportunité de la création de services psychiatriques spéciaux pour le traitement de ces états.

M. HEUYER. — Ce que de tels passionnés redoutent le plus, c'est d'être pris pour des malades. Leur dire qu'ils en sont, c'est leur faire de la psychothérapie.

La séance est levée à midi dix.

*Le Secrétaire des séances,*  
Jacques VIÉ.

Séance du Lundi 22 Mai 1939

---

Présidence : M. LAIGNEL-LAVASTINE, président

---

#### PREMIÈRE SÉANCE

En ouvrant la séance, le président souhaite la bienvenue au D<sup>r</sup> L. BINSWANGER, de Kreutzlingen, et au D<sup>r</sup> S. VIVES, de Barcelone, *membre associé étranger*, qui assistent à la séance.

#### Adoption du procès-verbal

Le procès-verbal de la séance du jeudi 20 avril et le procès-verbal de la séance du lundi 24 avril sont adoptés.

#### Correspondance

M. Paul COURBON, *Secrétaire général*. — La correspondance manuscrite comprend :

une lettre de M. le D<sup>r</sup> DUBLINEAU qui remercie la Société de l'avoir élu *membre titulaire* ;

une lettre de M. le D<sup>r</sup> HANDELSMAN qui remercie la Société de l'avoir élu *membre associé étranger* ;

une lettre de M. le D<sup>r</sup> Guillermo URIBE CUALLA, professeur de Médecine légale à la Faculté de Derecho, à Bogota (Colombie), qui demande à faire partie de la Société au titre de *membre associé étranger* ; la Société désigne une Commission composée de MM. COLLET, Georges DUMAS et LAIGNEL-LAVASTINE pour l'examen de cette candidature ; le vote aura lieu le 26 juin prochain ;

une lettre de Mme le D<sup>r</sup> LECONTE-LORSIGNOL, chef de clinique de neuropsychiatrie infantile à la Faculté de Médecine de Paris, médecin-chef des hôpitaux psychiatriques, qui demande à faire partie de la Société au titre de *membre correspondant national* ; la Société désigne une Commission composée de MM. COURBON, HEUYER et LAIGNEL-LAVASTINE pour l'examen de cette candidature ; le vote aura lieu le 26 juin prochain ;

une invitation de la ROYAL MEDICO PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION, à envoyer des délégués à sa réunion annuelle qui aura lieu à Brighton (Sussex) du 12 au 14 juillet 1939 : la Société Médico-Psychologique désigne le D<sup>r</sup> Noël PÉRON pour la représenter à cette réunion.

## Prix

Aucune candidature au *Prix Belhomme* n'ayant été posée, la Société n'a à décerner cette année que le *legs Christian* (1.000 francs) ; le Bureau a décidé de l'attribuer à M. STORA, unique candidat.

## Election de deux membres correspondants nationaux

Après lecture d'un rapport de M. VIÉ au nom d'une Commission composée de MM. COURBON, LAIGNEL-LAVASTINE et VIÉ il est procédé au vote :

Nombre de votants .....	30
Majorité absolue .....	16

Ont obtenu :

MM. SUTTER .....	30 voix
MEDVEDEFF .....	24 —

MM. les D<sup>rs</sup> Jean SUTTER, médecin-chef à l'hôpital de Blida-Joinville et MEDVEDEFF, médecin-directeur de la Maison de Santé de l'Ermitage, sont élus *membres correspondants nationaux* de la Société médico-psychologique.

## Décès du Docteur LEGRAIN

MAURICE LEGRAIN (1860-1939)

M. LAIGNEL-LAVASTINE, *Président*. — Comme Président de la Société médico-psychologique, j'apporte au Docteur Maurice Legrain un suprême hommage au nom de ses collègues et je me limiterai à son œuvre médicale.

Dès l'âge de 12 ans, Maurice Legrain se sentit une vocation pour la médecine, auprès d'un médecin de campagne qu'il accompagnait dans ses visites. Sa nature artiste lui aurait cependant permis de suivre avec succès la carrière de son père, sculpteur de talent. Son hérédité esthétique ne fut pas perdue en clinique ; elle lui fut un fil d'Ariane pour ne pas se perdre dans le labyrinthe de la psychiatrie, y faire des remarques utiles et les appliquer surtout à la médecine légale.

Interne de Magnan, qui lui inspira sa thèse restée classique de 1886 sur le *Délire des dégénérés*, Maurice Legrain, après 5 ans passés dans le service des Enfants arriérés de la Colonie de Vaucluse, devint médecin de Ville-Evrard où il créa un service spécial pour alcooliques qu'il dirigea pendant 20 ans. Dans cette clinique de l'alcool, il étudia en savant les désordres que fait ce

poison dans les malheureux qui l'absorbent et comprit l'étendue du tort encore plus grand que cette sociopathie fait à la France.

La guerre de 1914 trouva M. Legrain à l'Asile de Villejuif.

Mobilisé pendant deux ans, il dirigea un hôpital, puis revint à Paris comme expert près les conseils de guerre.

Il prit sa retraite de médecin des asiles de la Seine en 1925.

Privé de l'hôpital, il mit alors toute son activité au service de la cause sociale, se consacrant presque entièrement aux délinquants.

Président de la Société de médecine mentale en 1913, il présida la Société médico-psychologique en 1927. Membre du Conseil supérieur de l'Assistance Publique pendant 45 ans, il fut président du Patronage des Asiles de la Seine.

À la Faculté de Droit de Paris, il fit un cours très écouté de psychiatrie médico-légale pendant plusieurs années. J'ai eu l'honneur de lui succéder.

Il fut encore professeur au Collège des Sciences Sociales pendant 15 ans.

Il était expert près les Tribunaux et présidait la Ligue internationale anti-alcoolique, qui s'apprêtait à fêter cette année en Finlande son 80<sup>e</sup> anniversaire.

Les travaux imprimés de M. Legrain comprennent en psychiatrie générale : *La folie des dégénérés*, avec Magnan, *Hérédité et alcoolisme*, en 1888; *Des anomalies de l'instinct sexuel*, en 1896; *L'alcoolisme en France*, en 1897; *Les causes psychologiques de l'alcoolisme* (couronné par l'Académie en 1920); *Les folies à éclipses*, en 1910, travail qui marque un progrès clinique de valeur.

M. Legrain a particulièrement fixé son attention sur les intoxications, d'où : *Folie, crime et alcool*, publié dans les « Annales médico-psychologiques » en 1921, et *Intoxications endogènes*, article du Traité de médecine de Sergent, Babonneix et Ribadeau-Dumas.

En médecine légale, on lui doit la *Médecine mentale appliquée à l'étude du droit*, synthèse de son cours de la Faculté de Droit, en 1907; *les buveurs délinquants devant la loi*, en 1910, et la *Criminalité des toxicomanes*, rapport au Congrès des Aliénistes et Neurologistes français à Besançon en 1923.

Enfin sa propagande pour l'abstinence lui a fait écrire un livre de vulgarisation : *Les grands narcotiques sociaux* (Maloine, 1925), où son intelligence et son cœur ont enflammé son verbe en faveur d'une cause capitale pour notre santé nationale, mais qui ne dépend pas que de facteurs médicaux.



Toute cette œuvre écrite ne rend pas compte du dynamisme de M. Legrain.

Son beau profil de médaille romaine, son regard vif, reflet de son ardeur spirituelle, sa main fine levée, comme sculptant sa phrase, formaient une harmonie charmeuse.

A Corfou, en descendant de l'Achilléon, je contemplais avec lui l'île d'Ulysse et je pensais aux Syrènes.

Nous étions unis par un même amour de la pensée hellénique du v<sup>e</sup> siècle, moment unique et cristallin de l'intelligence humaine.

Pythagoricien, il entendait la musique des nombres. Devant la grotte d'Hygie, près du Théâtre de Dyonisos, au pied de l'Acropole, je l'avais senti vivre une minute sacrée, au spectacle d'un chœur de jeunes filles évoluant à l'antique dans la paix du soir qui verdissait le ciel en ombrant la mer.

Au nom de la psychiatrie française je m'incline devant les restes mortels de notre collègue et ami le Docteur Maurice Legrain, j'adresse à sa femme Mme Maurice Legrain, à son fils M. Marcel Legrain, à sa fille Mme Gracia, à sa petite-fille Mme Auzepy, ainsi qu'à ses autres petits-enfants et à ses arrière-petits-enfants, mes plus profondes condoléances avec l'expression émue de ma très vive sympathie.

M. le D<sup>r</sup> Legrain ayant été Président de la Société Médico-psychologique, la séance est levée en signe de deuil.

## DEUXIÈME SÉANCE

### COMMUNICATIONS

#### I. SUR LA THÉRAPEUTIQUE PAR LE CHOC CARDIAZOLIQUE

Contre-indications cardiaques à la cardiazolthérapie,  
par M. E. GÉRAUDEL

Le cardiazol aux doses utilisées dans le traitement des psychopathies détermine des réactions brutales du système circulatoire. Il est donc contre-indiqué dans les cas où cœur et vaisseaux présentent des tares incompatibles avec elles.

Rappelons d'abord ces réactions :

1. Le cardiazol élève la tension artérielle. L'hypertension est

parfois considérable. Elle paraît manquer dans certains cas mais il paraît bien qu'il n'y a là qu'une apparence. L'hypertension est très fugace et la prise de tension est souvent effectuée alors qu'elle a déjà disparu. Voici deux exemples choisis dans les protocoles des expériences instituées dans le service du P<sup>r</sup> Claude à Sainte-Anne. Premier sujet (Mlle Cou.) : Tension avant, 15 — 10 (appareil de Vaquez) ; tensions après prises successivement à partir de la fin de la phase clonique, la dernière treize minutes après l'injection. 21 — 8 1/2, 19 — 8 1/2, 15 — 8, 14 — 8, 14 — 8 1/2. Deuxième sujet (Mlle Lon.) : Tension avant, 13 — 8 — 6 (appareil de Pachon) ; tensions après, 21 — 12 — 6, 18 — 10 — 5, 14 1/2 — ? — 5, la dernière prise faite dix minutes après l'injection.

2. Dans la courte période entre la fin des contractions cloniques et la phase de mouvements involontaires précédant le réveil, période qui dure 20 à 30 secondes, certains sujets ne présentent qu'une accélération notable du rythme restant régulier ; d'autres présentent des troubles notables du mécanisme cardiaque. On retrouve ces troubles avec une physionomie quasi identique après toutes les injections : extrasystoles, salves de tachycardie, flutter, fibrillation, dissociation passagère de l'oreillette et du ventricule. Ces troubles sont extrêmement fugaces ; à la 3<sup>e</sup> ou 4<sup>e</sup> minute après l'injection, ils ont disparu. Cette particularité explique vraisemblablement pourquoi plusieurs observateurs ont déclaré ne les avoir jamais constatés.

3. Le tracé électro-cardiographique pris au réveil montre chez de rares sujets une modification importante de la morphologie du ventriculogramme, une dénivellation de la ligne iso-électrique entre S et T et surtout un changement de sens de l'accident T qui, de positif, devient négatif au moins dans les deux dérivations D<sup>2</sup> et D<sup>3</sup>.

Malgré l'incertitude qui règne encore dans l'interprétation des anomalies de forme du ventriculogramme, on s'accorde actuellement à attribuer une grande valeur à la dénivellation de ST et à la négativité de T. Dans la majorité des cas où la clinique, souvent confirmée par l'anatomie pathologique, a conclu à l'existence d'un déficit fonctionnel notable, voire d'une lésion matérielle du myocarde (altération des coronaires, infarctus myocardique), ces anomalies morphologiques se retrouvent sur les tracés. Il est donc prudent de leur accorder de la valeur et de faire en pareil cas toute réserve sur les capacités fonctionnelles du myocarde. J'ai observé deux cas où ces anomalies existaient.

Dans le premier cas, un incident clinique révéla la souffrance

du myocarde, une sensation douloureuse dans la région précordiale, le jour même de l'injection, dans l'après-midi. Un tracé pris le lendemain matin montre que  $T^2$  et  $T^3$  sont devenus franchement négatifs.  $T^2$  redevint isoélectrique le lendemain, positif le surlendemain. Ce jour-là,  $T^3$  était encore négatif. Notons qu'avant le traitement  $T^3$  n'était pas positif mais diphasique avec première phase négative, donc un peu anormal.

Dans le second cas, on note aussi que  $T^3$  est diphasique avec première phase négative. Mais cette légère anomalie ne nous avait pas paru suffisante et ne nous la paraît pas davantage aujourd'hui pour déconseiller le cardiazol.

Après l'injection, la phase clonique fut suivie d'une période d'apnée avec cyanose, qui inquiéta pendant quelques secondes. Le tracé pris immédiatement après le retour des mouvements respiratoires montre que  $T^2$  et  $T^3$  sont devenus franchement négatifs.

Dans ces deux cas, il a paru prudent de ne pas poursuivre le traitement.

Nous n'avons eu à regretter aucun accident grave chez les malades traités. Mais nous savons que dans des séries moins heureuses, des cas de mort par cyanose ou par hémorragie cérébrale ont été constatées.

Toutes ces données nous permettent de poser les contre-indications au traitement par le cardiazol. Nous les groupons sous trois chefs : hypertension, état des cavités cardiaques, valeur du myocarde ventriculaire.

*Hypertension.* — L'augmentation brusque et parfois considérable de la tension doit faire redouter ses effets sur un hypertendu artériel. L'élévation habituelle de la tension artérielle et particulièrement celle de la tension moyenne sera un élément important du bilan du sujet à traiter.

*Etat des cavités cardiaques.* — Tous les renseignements possibles devront être rassemblés pour déterminer si une cavité cardiaque est dilatée ; on peut redouter alors l'existence de caillots fibrineux ou fibrino-cruoriques dont une parcelle détachée, lors de l'à-coup circulatoire, pourrait faire embolie. C'est à cause de la dilatation qu'elles ont pu provoquer que les lésions valvulaires sont importantes.

Un rétrécissement mitral ne suffit pas à lui seul à contre-indiquer l'injection de cardiazol, mais si par suite de ce rétrécissement l'oreillette gauche est distendue et *a fortiori* si les commémoratifs font soupçonner l'existence d'un processus endocar-

ditique ayant pu altérer la paroi et entraîner la formation de caillots plus ou moins adhérents, le cardiazol sera écarté.

La dilatation des cavités cardiaques peut ne pas relever des troubles valvulaires, mais tenir à une parésie générale du muscle sous l'effet d'un processus infectieux ayant intéressé peu ou pas l'endocarde valvulaire. Les cavités contiennent alors souvent des caillots ; on pourrait méconnaître cette possibilité si la dilatation cardiaque était ignorée : l'aspect du malade n'est pas forcément l'aspect d'un insuffisant cardiaque. Il peut n'y avoir aucun bruit orificiel anormal. L'examen à l'écran surprend par l'énormité de l'ombre cardiaque.

*Valeur du myocarde ventriculaire.* — La contre-indication principale doit être tirée de la capacité fonctionnelle du muscle cardiaque. Plus précisément, il faut parler de la capacité du myocarde des ventricules car les accidents mortels (les hémorragies cérébrales mises de côté), annoncés ordinairement par une cyanose intense impliquent vraisemblablement une défaillance des ventricules.

Or, certains troubles du rythme indiquent bien que le myocarde est anormal, mais, à nous en tenir aux procédés courants d'investigation, nous ne savons pas quelle partie du cœur est en jeu, et il n'est pas indifférent que l'anomalie porte sur l'oreillette et sur le ventricule. Des salves extra-systoliques fréquentes, ou mélange d'extra-systoles et de bouffées de flutter ou de fibrillation, même des pauses ventriculaires, de la brady-ventriculie, tous ces troubles ne peuvent être identifiés, évalués que par un seul procédé d'investigation, la prise d'un tracé électrocardiographique. Ce tracé nous donne en outre un renseignement de première importance : il montre si le ventriculogramme a ou non une morphologie normale.

Si le ventriculogramme est resté normal, le trouble rythmique a une valeur secondaire. Même en présence d'un allongement de P-R, même en présence d'une dissociation auriculo-ventriculaire, le cardiazol peut être autorisé.

Les altérations du ventriculogramme sont essentiellement la dénivellation du raccord ST et la négativité de T, soit dans la première, soit conjointement dans les deux dernières dérivations.

Si ces signes existent sur le tracé pris avant l'institution du traitement, le cardiazol est contre-indiqué. Il serait idéal, mais pratiquement irréalisable de s'assurer par un tracé pris après les injections que le ventriculogramme, d'abord normal, ne s'est pas modifié. En tout cas, il serait simplement prudent, si quel-

que incident important a suivi la première injection, de ne pas la renouveler, avant une nouvelle prise de tracé (1).

On note parfois que le voltage du ventriculogramme est faible dans les trois dérivations. Ce signe, observé fréquemment chez les sujets affaiblis, dénutris, chez les typhiques en période d'état par exemple, ne suffit pas à contre-indiquer le cardiazol, car la forme du ventriculogramme est en effet conservée. Seulement, on surveillera plus attentivement que de coutume les suites de la première injection.

Le cardiazol nous paraît contre-indiqué en outre s'il y a hypertension, nous avons dit pourquoi, s'il y a déjà des troubles du rythme importants, puisque ce médicament les augmente, si l'on soupçonne enfin des thromboses pariétales. Dans tous ces cas, l'insuline sera préférée.

L'insuline doit-elle être contre-indiquée, comme le cardiazol, en présence d'anomalies morphologiques du ventriculogramme ? Je ne puis répondre à cette question, car je n'ai suivi que des sujets traités au cardiazol. Jusqu'à plus ample informé, je n'autoriserais l'insuline qu'après avoir soigneusement établi le bilan cardio-vasculaire du malade et sous les plus grandes réserves.

**La pupille et le fond d'œil au cours des crises convulsives provoquées par le cardiazol, par MM. BARGUES, CORCELLE et BERTHON.**

Malgré d'innombrables travaux, toute la question de la pathogénie de l'épilepsie est « encore incertaine et obscure », comme l'écrivait Pagniez dans son rapport présenté à la Réunion neurologique internationale de 1932. La même incertitude, la même obscurité règnent sur la production de crises convulsives par le cardiazol.

A ce sujet, qui nous paraît susceptible d'apporter à l'étude pathogénique de l'épilepsie en général des données expérimentales d'une grande valeur, nous avons entrepris une série de recherches biologiques et cliniques. Nous vous rapportons les résultats de celles intéressant la pupille et le fond d'œil. Le choix de ces deux éléments se justifie par l'importance des modifications pupillaires dans l'exploration du système neuro-végétatif et des altérations de la circulation rétinienne dans les per-

(1) Si le malade est indocile ou agité, une injection préalable de sédol rend très aisée la prise du tracé, qui n'est pas modifié.



turbations de la circulation cérébrale (que tout le monde considère comme indiscutables au moment des crises convulsives, sans être d'accord sur la façon dont elles agissent).

Nous avons fait plusieurs centaines d'observations chez des malades les plus divers, subissant un traitement cardiazolique. Elles ont porté successivement :

- sur l'état de la pupille sans préparation,
- sur l'état de la pupille après épreuve des collyres,
- sur l'état du fond d'œil.

En voici le résultat car il ne saurait être question d'en rapporter le détail pour chaque cas.

I. *Les données de l'examen de la pupille sans préparation.* — La pupille, quel que soit l'état de sa dilatation (d'ordinaire moyenne), ne se modifie pas durant les 10 à 20 secondes qui séparent le moment de l'injection et le début de la phase tonique, même lorsque celle-ci est précédée d'agitation. Dans 5 à 6 % des cas, c'est-à-dire très rarement, on peut noter à cette période un myosis transitoire. Avec l'hypertonie apparaît la mydriase, plus ou moins rapide et plus ou moins intense suivant les sujets, qui atteindra son maximum au cours de la phase des secousses cloniques. Parfois, elle est telle qu'il persiste seulement un fin liseré irien. A ce même moment, dans quelques cas, il existe de l'hippus.

A la période comateuse, la dilatation pupillaire, tantôt brusquement, le plus souvent de façon progressive, fait place à un myosis transitoire qui précède le retour à l'état initial.

Puis, à chacune des ondes convulsives retardées, qui surviennent au cours du coma, on note constamment une mydriase strictement synchrone, apparaissant avec la convulsion et disparaissant avec elle. Ce phénomène ne fait jamais défaut.

L'intensité de toutes ces manifestations varie avec les sujets et avec la violence des crises.

Le réflexe lumineux, normal au début, disparaît vers le milieu de la phase tonique, c'est-à-dire au moment où la mydriase s'installe, pour ne reparaitre que dans les instants qui précèdent la fin du coma. Nous n'avons pas observé de réaction anormale à la lumière.

Il n'a pas été publié, à notre connaissance, de travail particulier sur l'état oculaire au cours des crises cardiazoliques. Cependant, la plupart des confrères qui en ont donné une description, en rapportant leurs résultats, signalent des modifications pupillaires.

Anglade, Royer et Roujean, dans une communication faite à cette tribune le 28 mars 1938, notent « l'existence d'une légère exophtalmie et d'une mydriase très marquée ».

Claude trouve « une contraction pupillaire, puis une dilatation, et, après quelques minutes, le retour à la normale ». (Société Médico-psychologique, 21 juillet 1938).

Delgado décrit plus longuement ses observations oculaires dans un article des *Annales Médico-psychologiques* de janvier 1938 : elles concordent à peu près avec les nôtres en ce qui concerne la pupille.

A la réunion neurologique internationale de 1938, lors de la discussion du rapport de Velter et Hartmann, André Thomas, parlant de la pupille au cours de la crise épileptique, relate son observation de deux crises cardiazoliques et signale la mydriase contemporaine des ondes convulsives retardées sur laquelle nous insistons particulièrement.

II. *Les données de l'examen de la pupille avec épreuve des collyres.* — Pour établir la signification des constatations ci-dessus, nous avons complété l'examen des pupilles des sujets soumis au traitement cardiazolique par l'épreuve des collyres de Coppez.

A) LES PARASYMPATHOLYTIQUES. — Les pupilles sont dilatées par un collyre à l'homatropine. La crise ne produit alors aucun changement dans la mydriase, qui reste au maximum. On peut donc dire que l'action médicamenteuse a dépassé en importance celle du sympathique ou du parasympathique observée chez le sujet non préparé.

L'instillation d'euphtalmine entraîne une mydriase moins accentuée qui laisse se manifester l'action sympathique mydriatique de la phase clonique, puis la contraction pupillaire d'origine parasympathique du début de la phase comateuse.

B) LES PARASYMPATHOMIMÉTIQUES. — Ces épreuves donnent des effets inverses.

1. La pilocarpine donne un myosis initial, remplacé à la phase clonique par une dilatation pupillaire légère qui fera place, lors du coma, à un myosis plus accentué qu'au départ. La pilocarpine laisse passer l'action mydriatique du sympathique et le myosis terminal, plus intense qu'avant l'instillation, indique la superposition d'une action médicamenteuse et d'un effet nerveux à sens positif.

2. L'ésérine provoque un myosis initial très serré, ne subis-

sant aucune modification durant la crise. On doit en conclure que l'effet du produit dépasse celui qu'entraîne le cardiazol.

3. L'acétylcholine a le même résultat que la pilocarpine, tant dans la forme que dans l'intensité des réactions.

C) LES SYMPATHOMIMÉTIQUES. — 1. L'instillation d'adrénaline, par excitation du muscle dilatateur, crée une dilatation pupillaire qui s'accroît pendant les convulsions. La contraction consécutive est fort nette.

2. Résultats analogues avec la cocaïne, mais l'action parasympathomimétique de la période terminale de la crise est encore plus marquée.

3. De même avec l'éphédrine, mais le myosis est moindre.

D) LES SYMPATHOLYTIQUES. — Après instillation d'un collyre au chlorhydrate de Yohimbine, on observe des réactions en tous points semblables à celles du sujet non préparé.

Cette épreuve paraît donc discordante, mais elle a peu de valeur du fait que le myosis initial par le collyre était très faible.

Les constatations ci-dessus permettent de poser les conclusions suivantes sur le tonus neuro-végétatif au cours de la crise par le cardiazol.

1° Aux convulsions cloniques correspondent des décharges sympathiques, d'où la mydriase du second temps de la crise et celle qui accompagne chaque onde isolée de la période comateuse.

Il s'agit bien d'une excitation du sympathique et non d'une paralysie du parasympathique, comme le montrent les épreuves avec les collyres parasympatholytiques.

2° En fin de crise, à la période d'excitation sympathique, succède une excitation parasympathomimétique.

Là encore il n'y a pas seulement relâchement de l'action du premier système, mais bien mise en tension de son antagoniste (collyre à l'acétylcholine).

Il existe ainsi un balancement entre les effets sympathiques et parasympathiques agissant alternativement sur le dilatateur et sur le sphincter de l'iris. La crise cardiazolique est une image cinétique de la loi de l'amphotropisme de Danielopolu.

L'alcaloïde utilisé dans l'épreuve de Coppez donne une excitation en deux temps différents. La cocaïne, par exemple (cas d'autant plus suggestif que ce produit a une action directe sur les fibres nerveuses de l'iris), provoque une mydriase exagérée par l'action sympathomimétique primaire, puis effacée par l'effet parasympathomimétique second.

Ces phénomènes pupillaires d'origine vago-sympathique doivent être rapprochés d'autres manifestations que nous avons constamment notées au cours des crises cardiazoliques : sueurs, horripilation, larmoiement, tachycardie..., qui entrent dans le même cadre pathogénique.

III. *Les données de l'examen du fond d'œil.* — Malgré de grandes difficultés techniques, il nous a été possible d'examiner pendant la crise cardiazolique le fond d'œil de seize malades, à l'ophtalmoscope à image directe.

Sept fois il n'existait aucune modification.

Les neuf autres fois nous avons noté des réactions identiques de vaso-constriction vasculaire légère. La brièveté de la phase tonique n'a pas permis de préciser si le début en est précoce. Dans trois cas cependant, elles débutaient lorsque les premières secousses convulsives vinrent interrompre l'observation.

La phase clonique rendant tout examen du fond d'œil impossible, c'est à la phase comateuse que nos constatations sont les plus précises. Notons que dans cinq cas où la crise avorta malgré l'injection de cardiazol faite selon l'usage, aucune modification ophtalmoscopique ne fut visible.

Au cours du coma, nous avons donc pu noter neuf fois une vaso-constriction légère (nette quatre fois, moindre dans les cinq autres). Elle se traduisait par un amincissement des artérioles à leur émergence de la papille, qui devenait plus pâle, décolorée. Les veines ont conservé leur calibre et leur aspect normal.

Dans les cas où nous avons dit la vaso-constriction plus discrète, des encoches latérales donnaient aux artérioles un aspect irrégulier.

Jamais nous n'avons observé l'aplatissement complet des vaisseaux et la pâleur généralisée de la rétine, propres aux spasmes classiques.

La tension des artères de la rétine pût être mesurée cinq fois, celles où la vaso-constriction était moindre. Les quatre autres fois, le souci de suivre à l'ophtalmoscope les modifications vasculaires ne permit pas de rechercher en même temps la pression.

On ne constata que de très légères variations entre les chiffres pris avant et pendant la crise.

Dans trois cas, la pression diastolique était de 35 millimètres avant l'injection et au cours du coma. Dans les deux cas où elle était plus élevée (55 et 60 mm.) la pression humérale l'était également de façon concordante.

Il n'a pas été publié d'études du fond d'œil au cours des cri-

ses convulsives par le cardiazol. Aussi avons-nous recherché celles faites dans l'épilepsie banale. Une des plus approfondies est rapportée dans les *Annales de la Casa de Salud Valdecilla*, par Pelaz et Palacio (nous tenons à remercier le Dr Diaz y Canaja de nous l'avoir obligeamment adressée). Ces deux auteurs ont pu suivre pendant plusieurs jours un état de mal épileptique et notent pendant les crises, « les artères du fond d'œil sont presque exsangues, contractées sur un fond pâle », au cours d'un intervalle libre, « fond d'œil pâle, artères contractées, tension Mx 100, Mn 55 », avec le retour progressif vers la normale de l'aspect des vaisseaux et de la tension. Jamais, dans les crises cardiazoliques, la vaso-constriction n'atteint une telle acuité dans nos observations. D'autres auteurs se sont préoccupés des modifications vasculaires rétinienues dans l'épilepsie banale :

En 1893, Dufour (de Lausanne) attribue la cécité des épileptiques à un spasme rétinien. En 1914, Cantonnet note la pâleur des artères au cours d'une crise.

Souques et Dreyfus-Sée considèrent que le spasme rétinien peut se voir à l'état isolé comme équivalent épileptique. Rintelen cite une hypertension rétinienne passagère et inversement en 1930 von Hoonaker une diminution de cette tension après sympathectomie péri-carotidienne chez ses épileptiques.

Baillart n'a jamais observé de modification ophtalmoscopique et rappelle, pour l'opposer à ses constatations, l'opinion classique de Wecker, d'une ischémie absolue accompagnant la crise convulsive.

Certains observateurs ont noté une hyperémie rétinienne (Rodier, Pansier et Caus, 1908, Rodier et Bricka), mais plus tardive avec des veines dilatées et sinueuses, des pulsations visibles, même des suffusions sanguines superficielles. Horner, Raehlmann, Tibaldi, Berger trouvent au début de l'attaque une ischémie contrastant avec la congestion veineuse qui surviendrait après la phase clonique et serait persistante.

On recueille en résumé, à lire tous ces travaux, la notion que si des réactions vasculaires rétiniennes accompagnent incontestablement la crise épileptique, elles s'effectuent dans des sens variables.

Cela doit être rapproché des perturbations de la circulation encéphalo-méningée dont on trouvera une étude approfondie dans le rapport de Pagniez cité ci-dessus.

Ce n'est pas le lieu de rappeler ici les rapports des deux systèmes circulatoires rétinien et cérébral, auxquels ont été consacrés tant de récents et précieux travaux. Nous l'avons fait ail-



leurs. Intéressés depuis longtemps par cette question, à laquelle nous avons consacré une série de recherches, c'est dans son cadre que nous plaçons la présente étude.

De ce qui précède, se dégagent les *conclusions* suivantes :

1° La crise convulsive provoquée par le cardiazol s'accompagne d'importantes modifications pupillaires que plusieurs centaines d'observations nous permettent de schématiser ainsi :

Mydriase apparaissant avec l'hypertonie, atteignant son maximum à la période des secousses cloniques et remplacée lors du coma par un myosis transitoire précédant le retour au diamètre pupillaire antérieur à l'injection.

Il existe en outre une réaction mydriatique exactement parallèle aux ondes convulsives retardées de la période comateuse.

2° L'épreuve des collyres de Coppez permet d'imputer la mydriase à des excitations sympathiques et le myosis pré-terminal à une excitation parasymphatique, de l'innervation irienne.

3° On peut noter au cours de la crise convulsive provoquée par le cardiazol des modifications vasculaires rétinienues dans le sens d'une vaso-constriction qui reste toujours légère et inconstante, ne s'accompagne pas de changement de la tension des artères de la rétine ni de l'aspect des veines.

#### Cardiazol et troubles pulmonaires, par MM. G. DEMAY, A. SOULAIRAC et Jean NAUDASCHER

Dans ses publications sur la thérapeutique convulsivante par le cardiazol, von Meduna insiste sur l'inocuité de ce traitement qu'il considère comme totalement inoffensif. Son expérience porte sur plusieurs milliers de cas, et il n'a jamais observé de complications sérieuses ; les seules contre-indications qu'il signale sont les maladies fortement fébriles et les affections cardiaques. Certes l'examen complet du malade est nécessaire, mais, pour l'auteur hongrois, il suffit d'utiliser les méthodes usuelles, comme la percussion et l'auscultation.

Chez les trois malades dont nous résumons ci-dessous les observations, l'examen clinique et en particulier celui de l'appareil respiratoire n'avait montré aucune anomalie apparente. Cependant, chez les deux premières, le traitement par le cardiazol a déclenché des manifestations pulmonaires de nature vraisemblablement tuberculeuse. Chez la troisième, bien que les accidents bacillaires ne se soient manifestés que plus tardivement, le même rapport de causalité peut être invoqué.

OBS. I (1). — Br... Franziska est une jeune Autrichienne de 25 ans, venue à Paris il y a deux ans pour se placer comme domestique. Alors qu'elle s'était toujours bien portée dans son enfance, sa santé a commencé à fléchir à partir de 15 ans : elle était souvent très fatiguée, surtout au moment des règles ; elle a présenté à plusieurs reprises de l'aménorrhée. Il y a cinq ans elle est atteinte de congestion pulmonaire. Au début de 1938 son entourage remarque qu'elle maigrit de façon très notable. De 58 kg. en mars, son poids tombe à 47 kg. 500 en juillet, à 45 kg. en septembre. Sa sœur insiste pour qu'elle aille se faire examiner à l'hôpital Laënnec. Franziska appréhende cet examen ; elle craint d'être envoyée à la campagne, et d'être séparée de sa sœur qu'elle aime beaucoup. Le 6 septembre, jour où elle devait se rendre à l'hôpital, elle se montre inquiète, manifeste des idées de persécution et des idées hypocondriaques, accuse des sensations d'étouffement. Elle tente de se suicider en se jetant dans la Seine. Admise à l'hôpital Henri-Rousselle, elle présente un état de stupeur avec mutisme, gémissements, refus d'aliments, opposition aux soins et à l'alimentation. Traitée ensuite dans le service du Dr Courbon pour mélancolie confusionnelle, elle est transférée à Maison-Blanche le 29 novembre 1938 avec l'indication d'une « évolution schizophrénique » et un pronostic de chronicité.

Pendant plusieurs mois la malade conserve la même attitude d'opposition et d'agitation anxieuse. Elle reste inerte dans son lit, mais gémit dès qu'on l'approche, résiste pour la toilette, l'alimentation, cherche à frapper le personnel. Elle refuse tout aliment, ne prend que du pain et les provisions apportées par sa famille. Elle se montre malpropre, crache dans ses draps et autour d'elle. Elle arrive à prononcer en allemand quelques mots, de façon puérile ; elle ne peut préciser son âge, ni la date de son arrivée à Paris, ni la date actuelle. Elle répète de façon stéréotypée les mêmes propos : elle voudrait retourner avec sa sœur, la nourriture est sale.

A partir du 15 décembre elle doit être alimentée à la sonde. Du 23 décembre au 15 janvier, on tente, sans résultats, un traitement par l'insuline à petites doses (10 unités) dans le but de provoquer une stimulation de l'appétit. Pendant toute cette période et depuis l'entrée de la malade à Maison-Blanche la température n'a pas dépassé 37° et l'examen cardio-pulmonaire n'a montré aucune anomalie.

Le 16 janvier, injection de 0 gr. 40 de cardiazol suivie d'une crise convulsive typique. Dès le soir, la température monte à 37°9, le lendemain à 38°2 et reste pendant plusieurs jours avec des oscillations quotidiennes d'un degré. Les jours suivants une toux sèche apparaît. Le 20 janvier l'examen radiologique montre le hile gauche empâté avec, au voisinage, un certain nombre de petites taches nodulaires. Le 22 janvier, cuti-réaction fortement positive, vaste papule à centre

(1) Nous tenons à exprimer tous nos remerciements à M. le Docteur Misset à qui nous devons les examens radiologiques de nos malades.

vésiculeux jaune chamois, et à pourtour rosé. Un traitement par l'allergine de Jousset est institué. Au début (1<sup>er</sup>-10 février), grandes oscillations thermiques, et après la 3<sup>e</sup> injection, température normale. Les examens radiologiques de février et de mars montrent la fixité de l'image ; l'auscultation reste négative, la malade se montrant d'ailleurs très indocile.

Notons, en passant, l'influence inattendue de l'unique injection de cardiazol sur la sitiophobie. Dès le lendemain, 17 janvier, la malade s'est alimentée, et depuis lors, l'alimentation s'est poursuivie, entraînant une montée en flèche du poids, passant de 42 kg. 500 en janvier à 51 kg. le 1<sup>er</sup> mai. Pendant quelque temps nous avons pu espérer que l'état mental suivrait une amélioration parallèle ; fin janvier et pendant les deux mois suivants, la malade se montre calme, fait sa toilette seule, répond aux questions ; elle conserve toutefois des idées de persécution et des troubles de l'auto-critique (on lui a envoyé des gaz, on a voulu la tuer, elle n'a jamais refusé de manger). En avril, on constate des accès d'excitation. Depuis le début de mai, retour au comportement initial : inertie, négativisme, la malade continuant cependant à s'alimenter assez régulièrement.

OBS. II. — G... Anne-Marie, 26 ans.

Antécédents héréditaires : Père alcoolique, mort à 62 ans : laryngite tuberculeuse. Mère morte à 37 ans, tuberculose pulmonaire. Grand' mère maternelle aliénée.

Antécédents personnels : Enfance délicate. A uriné au lit jusqu'à 12 ans. Caractère renfermé, boudeur, mais affectivité normale vis-à-vis de sa famille. Retard scolaire. Pas de certificat d'études. Menstruation tardive (16 ans). Paratyphoïde sans gravité à 20 ans. Travaille à Paris comme domestique depuis l'âge de 21 ans. Santé générale satisfaisante ; se porte toutefois moins bien qu'à la campagne.

Début brusque des troubles mentaux le 4 février 1939 : rires immotivés, attitudes extatiques, refus d'aliments. A Henri-Rousselle (7 février) et à l'admission, fièvre légère, 38°, excitation psychomotrice avec idées délirantes polymorphes de persécution et de mysticisme, déclamations, théâtralisme, alternant avec des phases de mutisme et d'immobilité, attitudes catatoniques stéréotypées, tics et grimaces.

A Maison-Blanche, où elle entre le 13 février, même syndrome. Déficit de l'attention, mutisme ou réponse par monosyllabes ; alternance de rires puérils et de pleurs, occlusion volontaire des paupières. Propos imprécis et incohérents. Erotisme. Suggestibilité. Maniérisme, opposition à l'alimentation, malpropreté, gâtisme urinaire intermittent, insomnie. Poids 47 kg. (au lieu de 55 kg., poids habituel). Température un peu élevée les premiers jours (37°6), puis normale. Pas de signes neurologiques. Réflexe oculo-cardiaque indifférent. Tension artérielle 10-6. Glycémie 0,85 p. 1.000. Azotémie, 0,35. Sérum et liquide céphalo-rachidien normaux. Numération globulaire : globules rouges, 3.910.000, globules blancs, 6.200.

Du 28 février au 17 mars, la malade reçoit six injections de cardiazol, la première de 0 gr. 35, les autres de 0 gr. 40, toutes suivies de crise convulsive. A partir de la 2<sup>e</sup> injection (3 mars), la température oscille entre 37° et 38, alors que jusque-là elle était demeurée normale. L'auscultation ne révèle rien de particulier. Le 22 mars, cuti-réaction à la tuberculine nettement positive (papule teinte chamois au centre, rose pâle à la périphérie). Radiographie : hiles arborescents, faisceaux intercléido-hilaires formant un réseau plus marqué et plus étendu. Ces détails prédominent à droite où on peut voir de petites taches, des filets de tramite, des mouchetures noyées dans une légère pénombre au niveau de l'aisselle et de la partie externe de l'apex.

Traitement par l'allergine commencé le 30 mars. Après 10 jours et deux injections, (1/10 et 1/3 mgr.), température normale, interrompue pendant quelques jours (du 9 au 12 mai) par un crochet fébrile atteignant 40°. Etat mental sans changement.

OBS. III (1). — Il s'agit d'une jeune démente précoce de 17 ans, Suzanne N..., dont la mère est décédée à l'âge de 23 ans d'une affection pulmonaire aiguë. Elle-même est restée en bonne santé jusqu'à son internement, mais elle a présenté de bonne heure des troubles du caractère et de la conduite : colères, instabilité, prostitution. Arrêtée en 1937 pour vagabondage et placée à l'école de préservation de Fresnes, elle présente en février 1937 un épisode d'excitation suivi quelques mois plus tard de troubles dépressifs. A son arrivée à Maison-Blanche, le 9 novembre 1937, la dépression persiste et s'accompagne d'hallucinations auditives et de quelques idées de persécution. Puis, la malade se montre agitée, violente, résistante, et rapidement s'organise un syndrome hébéphrénocatatonique ; indifférence très accentuée, incurie, désorientation, maniérisme, grimaces, méconnaissance de sa propre famille, impulsivité, monologues incohérents réalisant une véritable salade de mots. Examen organique et humoral négatif.

Traitement au cardiazol : du 10 février au 8 mars 1938, onze injections de cardiazol allant de 0 gr. 50 à 0 gr. 80, sur lesquelles cinq seulement sont suivies de crises convulsives, injections bien supportées par la malade, la température s'élevant toutefois légèrement à partir de la quatrième et atteignant parfois le soir 37°8. Une deuxième série de cardiazol est commencée le 9 avril, mais deux injections de 0 gr. 60 et de 0 gr. 80 ne provoquent aucun phénomène convulsif et le traitement est interrompu en raison du mauvais état des veines.

Le 6 juin 1938, fièvre élevée, 40°, qui se maintient en plateau pendant sept jours ; apparition de phénomènes congestifs dans la moitié inférieure du poumon gauche, mauvais état général. Le 15 juin, signes de pleurésie, épanchement séro-fibrineux de la base gauche, la température, après avoir oscillé pendant quinze jours entre 38° et 39°,

(1) L'observation anatomo-clinique complète de cette malade sera publiée ultérieurement en collaboration avec M. le Dr Marchand.

baisse peu à peu et redevient normale à partir du 23 juillet. L'examen des crachats montre des pneumocoques, mais pas de bacilles de Koch. A l'examen radiologique, processus de condensation localisé en deux foyers, l'un périhilaire, l'autre à la base. L'état général s'aggrave. Le poids, qui était en janvier de 55 kgr. et qui était tombé en mars à 50 kgr., en juin à 47 kgr., subit ensuite une chute verticale et n'est plus, fin juillet, que de 39 kgr. Au début d'octobre, reprise de la fièvre, toux fréquente, toujours sans bacilles de Koch dans les crachats. A partir de novembre, fièvre hectique, apparition de symptômes à droite. La radiographie montre l'envahissement de la presque totalité du poumon gauche, et infiltration à droite, au niveau des deux premiers espaces intercostaux et à la base. En janvier 1939, pour la première fois, on constate dans les crachats des bacilles de Koch. La malade, jusqu'alors très agitée, se calme, se montre euphorique tout en restant indifférente et désorientée ; l'émaciation est extrême, des escarres fessières apparaissent et la mort survient le 17 février 1939.

Chez les deux premières malades, l'effet nocif du cardiazol ne paraît pas discutable. Dès les premières injections, la température jusque-là normale s'élève et quelques manifestations pulmonaires apparaissent. Si l'examen physique ne donne pas de résultats en raison de la difficulté de l'auscultation, l'examen radiologique et surtout les caractères particuliers de la cuti-réaction, très fortement positive, indiquent un processus de nature bacillaire. Pour A. Jousset (1) et son élève Perisson, particulièrement compétents en matière de cuti-réaction, toutes les fois que celle-ci est nettement exagérée on peut affirmer que le bacille de Koch est bien responsable de l'épisode pathologique en cours (2). L'une de nos malades avait d'ailleurs des ascendants tuberculeux, et toutes les deux étaient des « déracinées » ayant abandonné le séjour à la campagne pour venir travailler à Paris ; dans les deux cas, l'éclosion des troubles mentaux avait été précédée d'un fléchissement de l'état général.

Enfin, à l'appui de la nature bacillaire de l'épisode fébrile, nous pouvons invoquer les effets favorables de l'allergine qui, en quelques jours, a provoqué le retour de la tempérance à la normale et la stabilisation du processus bacillaire, ce qui nous permet d'escompter, avec la prolongation du traitement, des résultats encore plus complets.

Il nous paraît donc établi que, chez ces deux malades, le cardiazol a été le réactif qui a fait apparaître une tuberculose latente.

(1) A. JOUSSET. — *La tuberculose*, Paris, G. Doin, 1937.

(2) J. PÉRISSE. — La meilleure façon de concevoir actuellement le traitement de la tuberculose. *Bulletin médical*, 6, 13 et 20 août 1938.



Jusqu'alors aucune manifestation bacillaire n'avait été constatée et la température était restée normale. Comme il s'agissait de syndromes schizophréniques d'apparition brusque et récente, la cardiazolthérapie paraissait particulièrement indiquée.

La troisième observation est d'interprétation plus délicate : les troubles pulmonaires ne sont apparus que deux mois après les injections de cardiazol, et ont pris au début l'aspect de pleuro-pneumonie, les phénomènes bacillaires n'ayant pu être mis en évidence qu'un peu plus tard. Malgré cet intervalle, et en nous basant précisément sur les deux observations précédentes, il nous paraît difficile d'éliminer l'influence défavorable du cardiazol. Avant toute manifestation pulmonaire, en effet, et aussitôt après la cardiazolthérapie, la malade jusque-là bien portante avait vu son état général fléchir, son poids baisser de façon notable. Il nous semble qu'ainsi a été préparé le terrain permettant l'apparition d'une tuberculose à évolution rapide.

La possibilité d'un réveil de tuberculose sous l'influence de la cardiazolthérapie a déjà été signalée et récemment encore Harris et Birnie relataient un fait de cet ordre (1). Aussi les lésions pulmonaires ont-elles été ajoutées par divers auteurs à la liste des contre-indications du cardiazol. Mais on a fait surtout allusion à la tuberculose évolutive, ou à des troubles bacillaires bien caractérisés cliniquement. Nos observations nous permettent d'attirer l'attention sur le danger de la cardiazolthérapie dans les tuberculoses latentes, à symptomatologie silencieuse. Si l'électro-cardiographie paraît à certains un accessoire indispensable de ce traitement, nous estimons, quant à nous, que l'examen radiologique des poumons et la cuti-réaction sont encore plus nécessaires, avant l'institution du traitement, et au cours de celui-ci. Ces précautions s'imposent surtout chez des malades dont les antécédents héréditaires ou personnels sont suspects au point de vue pulmonaire, et chez ceux qui présentent, après injection de cardiazol, des symptômes d'alarme tels qu'élévation de température ou chute de poids sans motif apparent. Est-il besoin d'ajouter que ces procédés d'exploration sont d'autant plus indiqués que nous avons affaire à des malades dont l'auscultation et la récolte des crachats sont fréquemment impossibles.

(1) *British med. journ.*, 27 août 1938.

### Sels d'or et cardiazol, par M. Maurice HYVERT

Il y a quelques années, les rapports entre la tuberculose et la démence précoce ont présenté leur regain périodique d'activité. De nombreux travaux tendaient à établir une relation directe entre ces deux affections.

Au même moment, une thérapeutique active de la tuberculose rencontrait un succès éclatant : la chrysothérapie, qui, depuis, a subi un discrédit un peu injustifié.

Ces deux idées associées devaient conduire automatiquement à la chrysothérapie de la démence précoce. Or, quelle que soit la valeur des idées directrices initiales, cette thérapeutique s'est avérée d'une remarquable efficacité, chez les malades récents.

Nous avons, il y a cinq ans, publié nos premiers résultats : ceux-ci étaient très favorables.

L'expérience actuelle porte sur près de huit ans et n'a fait que confirmer les impressions du début : 63 % des déments précoces au début présentent une rémission totale avec reprise de la vie sociale.

Les indications du traitement se sont peu à peu précisées : en bénéficient surtout les malades qui présentent un minimum d'accidents aigus (triade symptomatique : agitation, confusion, anxiété) accompagnés d'un état subfébrile avec pâleur et amaigrissement.

Il y a lieu de séparer nettement ces malades des confus vrais : ceux-ci par la même thérapeutique donnent 87 % de rémissions totales.

Cet ensemble de symptômes nous a engagés à appliquer la chrysothérapie à tous les malades qui les présentaient quelque peu. En les recherchant systématiquement, on s'est aperçu qu'un grand nombre de maladies mentales acquises se montraient subfébriles au début de leur évolution. L'examen attentif de ces élévations thermiques permit de faire la preuve de leur indépendance vis-à-vis de l'intensité des troubles mentaux. Ce sera l'objet d'un travail ultérieur.

En outre, un fait extrêmement intéressant se produit avec une grande fréquence : sous l'action des sels d'or on voit très souvent la température s'élever quelque peu, tandis que les troubles mentaux s'exacerbent. Tout se passe comme si l'on assistait à une réaction focale.

Enfin, des malades apyrétiques, chez qui la chrysothérapie avait été établie en raison d'un état général médiocre, ont présenté assez rapidement une élévation persistante de leur courbe thermique au moment de l'application du traitement.

Si nous voulons indiquer les états dans lesquels la chrysothérapie donne des résultats constants, nous pouvons faire l'énumération suivante, intentionnellement imprécise, en rappelant tout d'abord la nécessité d'une légère élévation thermique : confusions mentales, démences précoces, bouffées délirantes, certains états anxieux, certains déprimés et mélancoliques, certaines psychoses hallucinatoires, les presbyophrénies.

La technique d'application du traitement des sels d'or est simple : pratiquer une injection par semaine de dix centigrammes d'un composé huileux. Il est très important de ne pas augmenter ces doses ni leur fréquence (réactions focales).

Un élément capital est nécessaire à l'efficacité du traitement : la persévérance. Le traitement doit être continué pendant des mois et même des années si cela est nécessaire. Quiconque n'a pas procédé ainsi ne peut juger de son efficacité.

Cette lenteur d'action et la résistance d'un certain nombre de malades devaient nous inciter à employer d'autres thérapeutiques : l'insulinothérapie et le cardiazol.

L'insulinothérapie ne nous a rien donné : à peine une rémission sur une vingtaine de malades, malgré des comas prolongés et longtemps répétés. Coïncidence ou erreur de technique ?

Par contre, le cardiazol s'est révélé particulièrement efficace. Il n'est presque pas de malades qui n'en aient tiré un bénéfice quelconque. Cependant les rechutes à la suite du cardiazol employé seul sont très fréquentes. Elles sont même la règle chez les sujets présentant une élévation thermique, soit antérieure, soit postérieure au traitement. Il est fréquent en effet de voir apparaître une fébricule persistante pendant la thérapeutique convulsivante.

Or, l'association des sels d'or rend ces rechutes beaucoup moins fréquentes, elle fait disparaître beaucoup plus rapidement l'état subfébrile.

De plus, il convient de ne pas abandonner le malade vis-à-vis du cardiazol s'il y a des tendances ultérieures aux rechutes : une injection par semaine pendant un mois suffit bien souvent à modifier heureusement l'évolution.

Les résultats des thérapeutiques conjuguées par le cardiazol et par les sels d'or, après un an et demi d'application, nous donnent 83 % de rémissions totales, chez les déments précoces récents.

Voici la conduite que nous croyons devoir tenir actuellement :

1° Le malade est subfébrile. Il reçoit pendant un mois environ 40 à 50 centigrammes de sels d'or en solution huileuse ; puis, sans interrompre les sels d'or, une série de cardiazol est pratiquée jusqu'à l'obtention d'une rémission apparente. Il n'est pas fait de piqûres de consolidation. Par contre, les sels d'or sont continués pendant des mois, jusqu'à disparition absolue de la moindre élévation thermique.

Lorsqu'il y a tendance aux rechutes, celles-ci se manifestent en général dans le mois qui suit la dernière piqûre de cardiazol. Dès l'apparition des premiers symptômes une injection hebdomadaire de cardiazol est pratiquée jusqu'à obtention de résultats favorables. On peut répéter plusieurs fois cette manière d'agir.

2° Le malade est apyrétique. Le cardiazol lui est commencé immédiatement. Si après l'obtention du résultat le malade reste apyrétique, il n'y a pas de rechute et aucune autre thérapeutique n'est à employer.

Si le cardiazol a réveillé un état subfébrile persistant, la conduite à tenir est exactement la même que celle que nous avons indiquée plus haut.

En agissant ainsi, les résultats favorables dépassent de beaucoup ce que l'on obtient avec une seule de ces thérapeutiques. Mais on ne saurait trop insister sur la nécessité d'une persévérance telle qu'elle ressemble parfois à un véritable entêtement. La moindre défaillance dans cette tenacité est préjudiciable au succès.

L'interprétation de ces actions thérapeutiques n'est pas aisée.

Doit-on penser qu'un grand nombre de maladies mentales et en particulier les démenses précoces (quelle que soit leur forme) sont sous la dépendance d'un état infectieux torpide ? Il serait téméraire d'émettre une telle affirmation. Rappelons-nous seulement que les sels d'or agissent d'une manière continue et lente sur le système réticulo-endothélial et que, d'autre part, ils franchissent aisément la barrière hémoméningée. Peut-on penser à une action sur la microglie ?

Quant à l'action du cardiazol, elle paraît être d'ordre dynamique. On a l'impression d'assister à une véritable mobilisation d'éléments ankylosés (rupture de barrières synaptiques ?).

L'action des premiers serait plus élective sur l'élément étiologique ; celle de l'autre serait d'ordre fonctionnel.

Une telle opinion n'a qu'une valeur subjective et ne peut servir que de point de départ à des recherches ultérieures.

Que peut-on attendre du traitement de certains troubles mentaux aigus et chroniques par le cardiazol, par MM. LARRIVÉ, MESTRALLET, MATHON et J. CARRIER.

Nous vous présentons, au cours de ce travail, les résultats que nous avons obtenus à la Maison de Santé de St-Jean-de-Dieu, de Lyon, par le traitement au cardiazol, tant dans la démence précoce qu'au cours d'autres troubles psychopathiques.

1° Nous avons traité par le cardiazol des malades confus, maniaques, mélancoliques et le plus souvent des déments précoces. En ce qui concerne la démence précoce, nous tenons à préciser que tous les malades que nous avons soumis à ce traitement ont été observés dans nos services pendant plusieurs mois, quelques-uns même étaient hospitalisés depuis plusieurs années. Ce sont des déments précoces se présentant sous des formes diverses : démence précoce type Morel, états schizoïdes, schizomaniaques, schizophréniques type Bleuler, formes à confusion traînante décrites par Régis, formes avec inertie ou stupeur catatonique, formes hallucinatoires paranoïdes.

Certains malades n'ont jamais reçu de traitement. D'autres ont antérieurement été soumis à des traitements de chocs : sulfosine, sulfochrysothérapie, dmelcos, malaria (souche non spécifique). Ainsi nous avons éliminé les malades atteints de bouffées délirantes.

La pratique systématique d'une ponction lombaire avec examen du liquide céphalo-rachidien chez ces malades nous a permis d'éliminer également les paralytiques généraux à forme atypique.

2° La technique que nous avons employée est celle décrite par de nombreux auteurs. Avant chaque traitement nos malades sont soigneusement examinés du point de vue physique. Nous nous bornons cependant à un examen complet de chaque appareil, cardio-vasculaire, pulmonaire, rénal, digestif. Nous demandons aussi le poids, la tension artérielle, l'analyse des urines, le dosage du sucre et de l'albumine.

Le malade étant à jeun et couché, nous faisons une injection intraveineuse rapide de 5 cc. de la solution à 10 %, soit 0,50 de cardiazol. Un infirmier spécialisé est préposé aux diverses opérations. Dès le début de la phase tonique, une bande de caoutchouc mousse est interposée entre les maxillaires qui sont fortement maintenus pour éviter toute luxation, le malade ne peut ainsi se faire de morsure de la langue.



Après la phase convulsive, nous aidons toujours la reprise respiratoire par quelques mouvements rythmés des bras et des compressions thoraciques.

Nous avons toujours de la lobéline à portée de la main pour parer à toute syncope.

Nous pratiquons ainsi trois séries de six injections à 3 jours d'intervalle. Les séries sont elles-mêmes espacées de périodes de repos de 10 jours. Le malade est à nouveau examiné avant chaque nouvelle série.

Toute injection qui ne provoque pas de crise convulsive est considérée comme nulle et remplacée dans la série par une nouvelle injection pratiquée après 24 heures et dont la dose est augmentée de 0,10 cgr.

Nous avons à plusieurs reprises essayé la méthode qui consiste en cas d'échec à injecter dans les veines immédiatement une dose supplémentaire de 5 cc. Nous avons pu ainsi le plus souvent déclancher la crise.

D'autre part, pour un certain nombre de malades, il faut atteindre des doses très élevées de médicaments pour déclancher une crise convulsive, ce qui à notre avis n'est peut-être pas sans danger.

Chez ces malades nous avons eu recours à l'injection préalable, une heure auparavant, de 10 à 15 unités d'insuline et, comme l'a signalé Cossa, nous avons pu réduire la dose nécessaire au déclanchement de l'accès.

Pendant la crise : prise fréquente du pouls, observation de la respiration, des réflexes pupillaires, etc... Nous mesurons la durée des diverses phases de la crise au compteur à secondes, les temps sont ensuite reportés sur des fiches spéciales dont nous donnons une reproduction.

Le malade est toujours placé en chambre particulière ; nous évitons ainsi la vue impressionnante de la crise convulsive aux autres malades et de cette manière le sujet se trouve après la crise en dehors des bruits et des va-et-vient du service.

Nous attachons une importance considérable à la psychothérapie pratiquée dès le début du traitement et destinée à mettre le malade en confiance, à lui faire admettre dès qu'il peut le comprendre que le traitement, tout désagréable qu'il puisse paraître, est pratiqué en vue de sa guérison et qu'il ne court aucun danger. Aussi, dès que l'état s'améliore, le malade est levé dans l'intervalle des injections et nous tâchons de l'occuper progressivement à des travaux proportionnés à son état mental et à ses capacités. Lorsque nous considérons le malade comme guéri, il reçoit en-

## MODÈLE DES FICHES DE TRAITEMENTS

Recto									
NOM : Ch .....		1 <sup>re</sup> Série						Salle : Couloir Magallon	
DATES	DOSES	INJECTIONS	PHASE TONIQUE	PHASE CLONIQUE	DÉBUT DU COMA	FIN DU COMA	OBSERVATIONS		
20-1-38 .....	5 <sup>cc</sup>	0'	0'15"	0'35"	1'10"	2'	Avorté Phase tonique en 2 temps  Phase tonique en 2 temps Avorté Un peu d'agitation après la crise		
24-1-38 .....	3 <sup>cc</sup>								
28-1-38 .....	6 <sup>cc</sup>	0'	0'35"	1'30"	2'40"	4'			
4-2-38 .....	6 <sup>cc</sup>	0'	0'20"	1'50"	2'	2'45"			
7-2-38 .....	6 <sup>cc</sup>	0'	0'20"	0'40"	1'25"	2'40"			
11-2-38 .....	6 <sup>cc</sup>	0'	0'21"	0'60"	1'45"	2'55"			
15-2-38 .....	6 <sup>cc</sup>	0'							
18-2-38 .....	7 <sup>cc</sup>	0'	0'20"	0'45"	1'25"	3'10"			

Verso								
NOM :		1 <sup>re</sup> Série					Salle : Couloir Magallon	
DATES	TEMPÉRATURES	POULS	RESPIRATION	TENSION	OBSERVATIONS			
20-1-38 .....	37° 1	72	17	7,5				
24-1-38 .....	37°	72	17	8				
28-1-38 .....	36° 8	70	16	8,5				
4-2-38 .....	37° 2	70	17	9				
7-2-38 .....	36° 6	64	16	11/8				
11-2-38 .....	37°	62	16	12/8,5				
15-2-38 .....	37° 1	68	16	13,5/9				
18-2-38 .....	37°	60	14	13/9				

core trois injections qui nous permettent d'assurer le maintien des bons résultats.

*Considérations personnelles.* — 1° D'une façon générale, on voit dès les premières injections quelquefois même dès la première, une modification incontestable de l'état mental et du comportement du malade. Tel malade inerte, indifférent, gâteux depuis plusieurs mois, soumis sans résultat à des traitements pyrétothérapiques antérieurs, demande après la 2<sup>e</sup> injection à se lever, parle avec ses camarades, s'inquiète de sa famille, manifeste le désir de retourner parmi les siens et de s'occuper.

Les cas anciens, comme l'a fait remarquer le professeur Claude, dans sa communication à la Société Médico-psychologique du 21 juillet dernier, semblent donner de moins bons résultats. On obtient cependant parfois une amélioration persistante, et nous avons pu observer même des guérisons complètes. Il nous a paru intéressant de soumettre au bout de quelque temps ces malades améliorés à un nouveau traitement.

Etant donné les résultats obtenus par les premières séries, il semble qu'on puisse envisager des améliorations par paliers successifs. Nous avons quelques malades soumis actuellement à ces essais dont nous réservons de publier ultérieurement l'observation.

En cours de traitement, nous avons toujours observé une augmentation du poids du malade, une reprise de l'appétit et une modification de la coloration du visage.

2° On a objecté les dangers que ce traitement peut présenter. Il est certain que, pratiqué en dehors de toute précaution, on peut observer des accidents. Il semble cependant que si l'examen méthodique et bien conduit s'est révélé négatif, le traitement ne présente aucun danger.

Pour notre compte, nous n'avons jamais observé d'accidents graves, les seuls incidents qu'il nous ait été donné de constater sont les suivants :

a) au cours de la 2<sup>e</sup> injection (la première s'étant passée sans incident), syncope de trois minutes. Le malade reprend connaissance simplement par la gymnastique respiratoire et les tractions de la langue ;

b) au cours d'un traitement, après examen parfaitement négatif, manifestations de défaillance rénale avec albuminurie massive, œdèmes, qui nous ont obligé d'interrompre le traitement.

Nous apporterons contre la thèse du danger le cas suivant : il s'agit d'un malade dément précoce avéré, à forme hébéphrè-

nique, porteur d'un pneumothorax artificiel. Il a reçu des traitements antérieurs sans résultat. Après mûre réflexion, devant la persistance de cet état mental pathologique qui ne va qu'en s'aggravant, à la demande du traitement par la famille, nous nous décidons à commencer les injections. Nous n'avons jamais eu d'accident. L'état pulmonaire est resté stationnaire ; le poids du malade a augmenté considérablement.

## OBSERVATIONS

OBSERVATION I. — L. François, 36 ans, entré le 1-4-1936.

*Schizophrénie*, alternatives d'excitation et de stupeur avec mutisme, refus d'aliments, impulsivité.

Première série cardiazol, février 1938. Pendant tout le traitement et dès la première injection, amélioration notable : certains jours pouvait être considéré comme normal. A chaque interruption de traitement, au bout de quatre à cinq jours, disparition de toute amélioration et les troubles mentaux réapparaissent. S'alimente seul.

Septembre 1938 : nouvelle série de 18 injections, nouvelle amélioration au cours du traitement. Rechute dès la terminaison, mais amélioration progressive et spontanée un mois après la fin du traitement. Est rentré dans sa famille depuis deux mois.

OBS. II. — L. Alexandre, 35 ans, entré le 17-12-1936.

*Syndrome schizophrénique*, idées délirantes de persécution et de jalousie. Réactions impulsives par intervalles. Autisme. Indifférence affective.

Cardiazol : 18 injections.

Aucun changement. Comportement autiste.

Résultat nul.

OBS. III. — B. Jean, 27 ans, entré le 21-1-1937.

*Démence précoce*. Idées de persécution et d'influence, hallucinations psychiques.

Un traitement pyrétothérapique antérieur sans résultat.

Cardiazol : 18 injections.

Impulsivité, tendance aux fugues.

Résultat nul.

OBS. IV. — C. Auguste, 34 ans, entré le 11-2-1937.

*Schizophrénie*. Mutisme, inertie, indifférence affective, incohérence des propos. Faciès hébété, gâtisme.

Traitement antérieur : trois séries sulfo-chrysothérapie, 10 injections.

Cardiazol, 20-1-1938 : 18 injections.

Amélioration au cours du traitement, reprise de l'activité, s'occupe, écrit à sa famille, expression naturelle de la physionomie.

Cherche à se distraire, demande sa sortie. Actuellement, se comporte

normalement, travaille, répond correctement quand on lui parle, reste encore un peu apathique.

Pourrait sortir si sa famille consentait à le reprendre.

*Résultat : amélioration.*

OBS. V. — F. Jean, entré le 5-4-1937.

*Démence précoce.* Automatisme mental, idées incohérentes de persécution, désordre des actes, indifférence émotionnelle et affective. Autisme, inertie. Evolution vers la démence précoce paranoïde.

Cardiazol : 18 injections.

Amélioration vers la fin du traitement qui se poursuit ensuite. Actuellement, comportement normal, s'occupe, n'est plus halluciné, reçoit bien sa famille, répond convenablement à l'interrogatoire. Va être remis en liberté.

*Résultat : guérison.*

OBS. VI. — de B. Georges, 37 ans, entré le 19-5-1937.

*Psychose discordante*, évoluant depuis des années avec phase anxieuse, phobies d'ordre sexuel surtout. Tentative de suicide. Hallucinations psychiques, idées de persécution. En janvier 1938, phase anxieuse et délirante : cardiazol, 18 injections.

Disparition totale de l'anxiété, des phobies et des idées de suicide. S'occupe régulièrement, fait preuve d'initiative. Persistance de l'autisme. Serait susceptible de se réadapter à la vie familiale et sociale, mais absence de toute famille (femme internée), rendant nécessaire son séjour en maison de santé.

*Résultat : grosse amélioration.*

OBS. VII. — P. Rémy, 38 ans, entré le 26-5-1937.

*Démence précoce paranoïde*, début en août 1936, idées de persécution, hallucinations psychiques, agitation psycho-motrice incohérente. Réactions affectives paradoxales, évoluant sur un fond d'inertie et d'inactivité totale.

Cardiazol : 18 injections.

*Résultat nul.*

OBS. VIII. — P. François, 25 ans, entré le 22-11-1937.

*Schizophrénie* évoluant depuis un an ; traité antérieurement en maison de santé par sulfothérapie.

Actuellement, syndrome délirant, interprétations polymorphes, illusions sensorielles, incohérence des propos et des actes, attitudes discordantes, stéréotypies, troubles profonds de l'affectivité, fugues.

Nouveau traitement par l'huile soufrée sans résultat.

Cardiazol, juillet 1938 : 18 injections.

Amélioration progressive pendant et après le traitement. Actuellement se comporte tout à fait bien, fait la critique de son état antérieur. Peut être considéré comme guéri. Sort de la maison de santé.

*Résultat : guérison.*



OBS. IX. — N., 19 ans, entré le 19-1-1938.

*Démence précoce*, autisme, inactivité, troubles du caractère, fugues. Idées de persécution à base d'interprétations délirantes. Traitement pyréthérapique antérieur sans résultat.

Cardiazol : 18 injections.

Pas d'amélioration notable, persistance d'un état d'apathie et d'irritabilité.

*Résultat nul.*

OBS. X. — E. Paul, 23 ans, entré le 9-4-1938.

*Etat schizoïde*, évoluant depuis plusieurs années ; indifférence affective, colères, impulsions sans raison, inconscience de la valeur de ses actes. Tentatives de suicide.

A l'entrée : délire incohérent avec excitation psychomotrice, basé sur des hallucinations psychiques et des illusions sensorielles. Puis, apparition d'un état d'inertie et d'indifférence avec réactions discordantes, sourires immotivés, fausses reconnaissances, conservation des attitudes.

Cardiazol : trois séries de six injections.

Amélioration au cours de la deuxième série qui se poursuit tout au long du traitement.

Sort de l'asile guéri, présentant depuis quatre semaines après la fin du traitement un comportement tout à fait normal, s'exprimant avec aisance, manifestant un jugement correct de ses actes passés et de ses idées dont il fait la critique.

*Résultat : guérison.*

OBS. XI. — D., 21 ans, entré le 28-4-1938, interné antérieurement à l'asile de Vaucluse.

*Hébéphrénie*. Désintérêt affectif, idées confuses d'influence et de persécution. Hallucinations psychiques épisodiques, irritabilité, impulsivité, désordres des actes.

Cardiazol : 18 injections.

*Résultat nul.*

OBS. XII. — M. Marcel, 21 ans, entré le 24-5-1938, venant de l'asile de Maréville.

*Démence paranoïde* à la suite d'un accès confusionnel datant de janvier 1938.

Syndrome d'automatisme mental typique. Hallucinations psychiques et cénesthésiques. Illusions sensorielles. Délires incohérents, impulsivité, gâtisme.

Traitement sulfothérapique antérieur sans résultat.

Cardiazol : trois séries de six injections.

Amélioration légère transitoire au cours du traitement, arrêt du gâtisme. Actuellement, même état qu'à l'entrée.

*Résultat nul.*

Obs. XIII. — K. Jean, 33 ans, entré le 3 juin 1938.

*Syndrome schizophrénique* évoluant depuis quelques mois, indifférence affective, inertie, apathie. Actes absurdes et délictueux (condamnation à un mois de prison pour vol).

Cardiazol : trois injections. Amélioration considérable dès la première ; parti guéri.

*Résultat : guérison.*

Obs. XIV. — R., 24 ans, entré le 6-7-1938.

*Démence précoce paranoïde*, idées délirantes polymorphes, fond d'autisme, inertie.

Cardiazol : 18 injections. Aucune amélioration.

*Résultat nul.*

Obs. XV. — B. Claude, 22 ans, entré le 10-8-1938.

*Etat schizoïde* évoluant depuis plusieurs années. Accès confusionnel datant de juin 1938, nécessitant son entrée.

Cardiazol : trois séries de six injections. Guérison de l'état confusionnel, mais bizarrerie des actes et des propos.

Sortie d'essai demandée par la famille, mais réintégré avant la fin de l'essai.

Actuellement, stéréotypie des propos, bizarrerie des paroles et des attitudes, instabilité, inactivité complète, sourires discordants.

Nouveau traitement par le cardiazol, actuellement, aucun résultat.

*Résultat nul.*

Obs. XVI. — M. François, 29 ans, entré le 18-10-1938.

*Schizophrénie*, début juillet 1938. Délire incohérent de persécution, hallucinations auditives, interprétations fausses. Idées d'influence assez pauvres. Inertie, indifférence, mutisme, reste couché, ne demande rien, ne manifeste aucune initiative. S'alimente seul, n'est pas gâteux.

Cardiazol : trois séries de six injections.

Amélioration appréciable à partir de la troisième injection. Rechute au cours de la deuxième série. Amélioré à nouveau. Actuellement peut être considéré comme amélioré. S'occupe régulièrement. Bien orienté, répond convenablement, attitude adéquate à sa situation. Persistance d'une certaine inertie. Bouffées délirantes successives, mais peu intenses.

*Résultat : amélioré.*

Obs. XVII. — P., 25 ans, entré le 27-2-1935.

Démence précoce, hallucinations psychiques, fugues.

Plusieurs traitements pyréthorapiques sans résultat.

Cardiazol : 18 injections. Etat mental sans changement, persistance d'un état de stupeur, incohérence des propos, inactivité, malpropreté, gâtisme.

*Résultat : nul.*

OBS. XVIII. — C. Joseph, 34 ans, entré le 17-8-1935.

*Démence précoce* à forme hébéphréno-catatonique, non modifiée par plusieurs traitements sulfochrysothérapiques. Refus d'aliments, évolution vers un état de stupeur catatonique.

Cardiazol : 18 injections.

Légère amélioration passagère au cours du traitement.

Actuellement, aucune modification de l'état antérieur.

*Résultat nul.*

OBS. XIX. — G. Lucien, 25 ans, entré le 3-3-1936.

*Hébéphréno-catatonie*, début en 1935. Etat de stupeur, bizarrerie de gestes et des attitudes, conservation des attitudes, rire discordant par accès, indifférence totale, mutisme. Trois séries de sulfochrysothérapie sans résultat.

Cardiazol en janvier 1938, 18 injections ; légère amélioration au cours du traitement. Reprise de l'initiative et du travail. Actuellement, rechute, retour à l'état de stupeur, gâtisme.

*Résultat nul.*

OBS. XX. — R. Paul, 26 ans, entré le 17-8-1936.

*Démence précoce* évoluant progressivement depuis 5 ans, début au cours du service militaire.

Inertie, indifférence affective, manque d'initiative, mutisme, rire discordant, incohérence des propos.

Cardiazol : 18 injections. Pas d'amélioration sensible, s'occupe cependant et travaille d'une façon un peu automatique.

*Résultat nul.*

OBS. XXI. — S. Georges, 26 ans, entré le 21-1-37.

*Démence précoce* ayant débuté un an auparavant. Hallucinations, syndrome d'automatisme mental. Rémission passagère à la suite de la sulfothérapie.

Indifférence, inertie, mutisme, inactivité totale.

Cardiazol : 18 injections. Pas de changement appréciable.

*Résultat nul.*

OBS. XXII. — B. Henri, 23 ans, entré le 10-5-1937.

*Démence précoce catatonique*, catalepsie, persévération des attitudes, stupeur, négativisme. Difficulté d'alimentation. Pyrétothérapie sans résultat.

Cardiazol, janvier 1938 : 13 injections.

Après chaque crise : disparition dès la sortie de la phase comateuse du syndrome catatonique, réagit aux excitations extérieures. Amélioration durant quelques minutes.

Fut emmené au cours du traitement, en août 1938, par suite d'une évolution bacillaire bilatérale.

Nous recevons des nouvelles : le malade s'améliore peu à peu, le séjour en famille devient possible, s'occupe, se distrait, sort, et se promène chaque jour.

*Résultat : grosse amélioration.*

OBS. XXIII. — T. Pierre, 17 ans, entré le 27-6-1937.

*Démence précoce catatonique*, état de stupeur, inactivité totale, mutisme, actes incohérents, gâtisme par intervalles.

Cardiazol : 16 injections.

Sans changement : verbigération incohérente, gestes et propos stéréotypés.

*Résultat nul.*

OBS. XXIV. — B. Xavier, 32 ans, entré le 17-7-1937.

*Démence précoce stuporeuse*, début en mars 1936 par un accès mélancolique. Etat de stupeur avec négativisme et refus d'aliment par intervalles. Pyrétothérapie sans résultat.

Cardiazol : 18 injections.

Persistance de l'état de stupeur, mutisme, malpropreté...

*Résultat nul.*

OBS. XXV. — C. Joannès, 27 ans, entré le 29-7-1937.

*Schizophrénie*, incohérence des actes et des propos, mutisme, inertie, indifférence affective, impulsions, gâtisme.

Traitements antérieurs : deux séries sulfosine et Dmelcos.

Cardiazol : 18 injections.

Amélioration très sensible dès la fin de la première série ; s'occupe, parle correctement, se conduit normalement, manifeste de l'initiative. Persistance de l'amélioration pendant le traitement. Actuellement, calme, travaille, répond convenablement, reste un peu silencieux et réservé.

Pourrait quitter l'asile s'il était réclamé par sa femme qui se refuse à le prendre.

*Résultat : très amélioré.*

OBS. XXVI. — M. Auguste, 29 ans, entré le 2-10-1937.

*Démence précoce* : syndrome d'inertie et d'indifférence, inactivité complète, négativisme, refus d'aliments, agitation incohérente. Début le 30 août 1937.

Traitement Dmelcos et huile soufrée sans résultat.

Cardiazol : 16 injections, début 22-4-1938.

Amélioration progressive. Reprise de l'activité.

Sort en août 1938.

*Résultat : guérison.*

OBS. XXVII. — F. Jean, entré le 30-10-1937.

*Démence précoce* : indifférence émotionnelle et affective, mutisme, réactions discordantes, rires immotivés.

Cardiazol : 18 injections.

Persistance du même état, travaille cependant régulièrement d'une façon automatique.

*Résultat nul.*

OBS. XXVIII. — Ch. Etienne, 36 ans, entré le 8-11-1937.

*Démence précoce* : stupeur catatonique ayant débuté en mai 1937. Traitement huile soufrée sans résultat.

Cardiazol : 18 injections.

Amélioration transitoire au cours du traitement. Actuellement reste halluciné et incohérent, impulsif et agité.

*Résultat nul.*

OBS. XXIX. — J., 32 ans, entré le 14-10-1938.

*Démence précoce* catatonique, inertie, indifférence, mutisme.

Cardiazol : 18 injections.

Aucune amélioration. Autisme, malpropreté, gâtisme.

*Résultat nul.*

OBS. XXX. — C. René, 20 ans, entré le 20-11-1937.

*Schizophrénie*, syndrome d'automatisme mental avec idées de persécution polymorphes, évoluant sur un fond d'autisme profond avec inertie, indifférence et inactivité complète. Est porteur d'un pneumothorax artificiel pour tuberculose pulmonaire droite. Deux traitements pyrétogènes sans résultat.

Cardiazol : 18 injections, amélioration progressive en cours de traitement. Quitte la maison le 8 juillet 1938, se comportant tout à fait normalement, et, après quelques jours de repos dans sa famille, il reprend ses occupations antérieures.

Revient à la maison de santé le 7-1-1939.

Depuis une dizaine de jours, replié sur lui-même, ne parlant plus, ne s'intéressant à rien, faisant quelques difficultés pour s'alimenter.

Remis immédiatement au cardiazol : 12 injections, amélioration progressive en cours du traitement.

Peut rentrer dans sa famille dans les mêmes conditions que précédemment dès après la dernière injection.

Pour éviter une rechute éventuelle, le malade revient à la maison de santé toutes les trois semaines recevoir une injection.

*Résultat : amélioration.*

OBS. XXXI. — J. Joseph, 24 ans, entré le 28-9-1938.

*Syndrome confusionnel*, stupeur, désorientation, tendance aux fugues. Cardiazol : 18 injections.

Dès la troisième injection, amélioration, allant en s'accroissant progressivement, reprise de l'activité normale.

Quitte l'asile le 3-12-1938.

*Résultat : guérison.*

OBS. XXXII. — B., 27 ans, entré le 6-12-1938.

*Syndrome confusionnel* typique, apparu brusquement avec réactions anxieuses et idées de suicide. Agitation par intervalles.

Cardiazol le 21-12-1938. Dès la deuxième piqûre, sort de son état



confusionnel et le 31 décembre (quatrième injection) peut être considéré comme guéri. Quitte l'asile le 7-1-1939.

*Résultat : guérison.*

OBS. XXXIII. — O. Antoine, 31 ans, entré le 21-12-1937.

*Accès confusionnel* évoluant depuis six semaines avec quelques éléments surajoutés : inertie, indifférence, mutisme, hallucinations impératives de l'ouïe commandant des actes impulsifs, Gâtisme. Pyrétothérapie au Dmelcos sans résultat.

Cardiazol : 10 injections. Amélioration notable et progressive à partir de la cinquième. Traitement arrêté à la dixième, le malade se comportant tout à fait bien et pouvant être considéré comme guéri. A quitté la maison de santé.

*Résultat : guérison.*

OBS. XXXIV. — C. Marcelle, 26 ans, entrée le 5-12-1938.

*Accès confusionnel* avec stupeur, début, 8 jours avant l'entrée, à la suite de préoccupations d'ordre sentimental.

A la clinique, état de stupeur, faciès hébété, mutisme, difficultés d'alimentation, désorientation, manque d'initiative.

Cardiazol le 14 janvier. Huit injections : amélioration progressive de l'état à partir de la troisième. Quitte la clinique guérie le 17-2-1939.

*Résultat : guérison.*

OBS. XXXV. — F. Germaine, 27 ans, entrée le 7-5-1938.

*Accès confusionnel* typique, ralentissement psychique considérable, désorientation, indifférence, désordre des actes, faciès hébété, gâtisme.

Pyrétothérapie au Dmelcos sans résultat.

Cardiazol le 20-8-1938. Six injections : amélioration progressive dès la première.

Sortie guérie le 19-9-1938. Va actuellement très bien, a repris sa vie, ses occupations.

*Résultat : guérison.*

OBS. XXXVI. — M. Joseph, 44 ans, entré le 27-2-1939.

*Confusion mentale*, obnubilation psychique, dysmnésie, excitation psycho-motrice. Hallucinations multi-sensorielles. Illusions de fausses reconnaissances.

Cardiazol, 28-3-39.

Amélioration sensible, fait la critique de son état.

*Résultat : amélioration.*

OBS. XXXVII. — D. Jacques, 33 ans, entré le 2-11-1938.

*Premier accès mélancolique* typique évoluant depuis août 1938. Demi-mutisme, ne parle qu'à voix basse, inertie complète, idées de reproche et d'indignité très nettes, anxiété vive lorsqu'on lui parle, refus d'aliment, tentative de strangulation.

Cardiazol : une série de six injections.

Dès la troisième injection, amélioration très sensible se poursuivant au cours des trois autres injections. Arrêt du traitement, le malade se comportant très normalement.

A quitté la maison de santé.

*Résultat : guérison.*

OBS. XXXVIII. — G. Fleury, 36 ans, entré le 6-7-1937.

Premier internement du 29-11-1934 au 1-4-1935 pour *accès maniaque*. A l'entrée, état *confuso-maniaque* avec agitation psycho-motrice, hallucinations auditives, réactions discordantes, traitement pyrétothérapique sans résultat.

Cardiazol : première série, six injections. Malade calme. Sortie d'essai, mais reprise de l'agitation.

Retour à l'asile le 12-11-1938.

Cardiazol : 18 injections. Amélioration du comportement, est capable de s'occuper, calme, mais persistance de quelques manifestations discordantes.

*Résultat amélioré.*

OBS. XXXIX. — G. Léon, 25 ans, entré le 29-12-1937.

*Agitation maniaque* : logorrhée, jovialité, hypermnésie. Excitation intellectuelle. Agitation motrice.

En octobre 1938, aucune amélioration, agitation persistante, déchire ses vêtements, sa literie.

Cardiazol : 18 injections.

Dès les premières crises, cessation brusque de l'agitation, apparition d'un état stuporeux avec mutisme et refus d'aliment.

En décembre, quelques jours après la fin de la troisième série, se dessine une amélioration qui s'est accentuée progressivement.

Actuellement, comportement normal, s'occupe : sortie.

*Résultat : guérison.*

OBS. XL. — P. Adrien, 42 ans, entré le 28-11-1938.

Interné une première fois pour *accès mélancolique* de juillet à septembre 1939. *Syndrome dépressif anxieux*, mutisme, auto-accusation, insomnies. Refus d'aliments.

Cardiazol, début le 13-12-1938. Disparition des réactions anxieuses, persistance de la dépression dès la troisième injection. A la cinquième injection, le malade est redevenu normal, il cause, il s'occupe et n'est plus déprimé. Arrêt le 31 décembre à la sixième injection.

Sorti guéri le 12 janvier.

*Résultat : guérison.*

OBS. LXI. — M. Jean-Claude, entré le 1-3-39.

*Accès mélancolique* typique avec idées de culpabilité et de reproches. Anxiété panophobique, tentatives de suicide. Un accès antérieur il y a dix ans.

Cardiazol : amélioration et rechute en cours de traitement. Cependant, les dernières injections provoquent une amélioration progressive et stable. Malade actuellement guéri.

Résultat : guérison.

OBS. XLII. — R. Marius, 43 ans, entré le 25-4-1939.

Cyclique : nombreux accès maniaques antérieurs.

Excitation maniaque typique : jeux de mots, fuite des idées, euphorie, jovialité, ironie, causticité des propos, maniérisme, langage recherché. Désordre des actes avec cris et grosse agitation par moments.

Cardiazol : Dès la troisième injection, amélioration considérable se poursuivant au cours des deux autres injections. Est actuellement guéri.

Résultat : guérison.

OBS. XLIII. — D. Jean, 44 ans, entré le 15-4-1939.

Accès mélancolique avec idées d'autoaccusation. Tentatives de suicide, sub-agitation anxieuse. Deux accès dépressifs antérieurs, en 1934 et 1938, ayant duré chacun plus de trois mois.

Cardiazol : dès la troisième injection, cessation de l'anxiété, le malade restant seulement inquiet et impressionnable. Vient de commencer sa deuxième série ; écrit des lettres sensées, tient des propos raisonnables.

Résultat : guérison.

OBS. XLIV. — B. Antonia, 36 ans, entrée le 31-8-1937.

Psychose maniaque dépressive évoluant depuis cinq ans sous forme d'accès alternés maniaques et mélancoliques, se succédant sans interruption tous les trois ou quatre mois sans retour à un état mental normal dans l'intervalle.

Traitement pyrétogène, Emgé, folliculine sans résultat.

Cardiazol : décembre 1938, en période dépressive, 18 injections. Amélioration considérable au cours du traitement, actuellement peut être considérée comme guérie.

Etat normal maintenu grâce à des injections de plus en plus espacées de cardiazol (une par mois) et la malade qui depuis cinq ans était maintenue en clinique, a pu en sortir et reprendre sa vie familiale.

## RÉSULTATS

1° *Démence précoce*. — Le plus grand nombre de nos traitements a été fait sur des malades atteints de démence précoce ou de schizophrénie. Le résultat obtenu, s'il paraît brillant dans certains cas, est tout à fait nul dans d'autres, sans que nous puissions préciser quelles sont les formes de cette maladie qui sont influencées par le traitement, ni dire que la durée de l'évolution antérieure puisse être reconnue comme un élément d'in-

dication ou de contre-indication. C'est ainsi que certains malades dont l'affection remontait à une ou deux années avant le début du traitement ont été améliorés, voire guéris ; alors que chez d'autres malades chez qui le traitement a été institué après quelques mois d'évolution, le résultat a été nul.

En restant objectif, tout ce que l'on peut dire, c'est que sur 30 malades, atteints de démence précoce sous l'une quelconque de ses formes,

5 malades sont actuellement guéris,  
7 ont été améliorés.

Les autres n'ont pas été modifiés par le traitement.

Nous précisons que, par *guéris*, nous entendons les malades chez lesquels les troubles mentaux ont complètement disparu, qui ont pu être remis en liberté, reprendre leurs occupations et dont l'état s'est maintenu depuis leur sortie de la maison de santé.

Par *améliorés*, nous désignons des malades qui ont pu reprendre une activité professionnelle à la maison de santé, mais qui gardent un fond d'autisme qui ne nous a pas permis de les remettre en liberté. Certains d'entre eux d'ailleurs parce que leur situation familiale ne l'autorisait pas.

Il arrive souvent que l'amélioration obtenue n'est que temporaire et qu'on observe des rechutes dans les semaines qui suivent la cessation du traitement. Chez ces malades, il nous paraît utile d'instituer des cures d'entretien sous forme d'injections de cardiazol répétées tous les 15 à 30 jours, suivant l'état du malade. Nous avons appliqué cette méthode à trois malades différents qui, jusqu'à ce jour, en ont retiré un bénéfice considérable et ont pu continuer à vivre dans leur famille.

2° *Etats confusionnels*. — L'exposé des observations montre que les accès confusionnels (nous faisons exception des confusions fébriles et alcooliques) sont très heureusement influencés dans leur évolution par le cardiazol. En effet, les six malades que nous avons traités sont actuellement guéris et, il est remarquable de constater la rapidité de l'amélioration et la stabilité de la guérison, puisque, chez tous ces malades, dont certains l'étaient depuis plusieurs mois, le cardiazol a déterminé dès les premières injections une amélioration considérable qui s'est poursuivie avec la continuation du traitement et s'est maintenue, depuis la sortie de la maison de santé.

3° *Accès maniaques et mélancoliques*. — En ce qui concerne ces états, les résultats ont été également très satisfaisants, tant

par la rapidité de l'amélioration qui s'est produite dès après les premières injections que par la persistance des résultats obtenus.

Notre traitement n'a pas été essayé depuis assez de temps pour que nous puissions savoir si la récédive qui est de règle dans cette maladie voit sa fréquence diminuer.

On peut objecter que les états ainsi traités par le cardiazol ont le plus souvent une tendance à la guérison spontanée après une évolution de quelques semaines ou de plusieurs mois. Mais cela ne signifie pas que l'action du cardiazol doive être sous-estimée car cette action s'exerce immédiatement. L'amélioration déclanchée évolue vers la guérison avec la continuation du traitement et se maintient après la cessation de ce dernier. Dans un certain nombre d'observations où les accès évoluaient depuis plusieurs mois et persistaient sans modification malgré plusieurs traitements pyrétogènes, le cardiazol a déclanché instantanément l'amélioration.

*En conclusion*, on peut dire que le cardiazol constitue une médication dont l'indication est absolue dans les accès de confusion mentale, qu'on doit essayer dans les accès maniaques ou mélancoliques de la psychose maniaque dépressive dont il semble raccourcir la durée d'évolution de l'accès.

Quant à la démence précoce confirmée, les guérisons ou les améliorations ne sont évidemment pas très nombreuses. Mais si l'on considère que nous sommes actuellement désarmés du point de vue thérapeutique vis-à-vis d'une telle affection, nous estimons qu'en dépit du pourcentage restreint de succès obtenus, on se doit d'appliquer ce traitement dont la simplicité et l'absence de danger autorisent l'essai chez cette catégorie de malades.

De quelques observations particulières faites au cours du traitement par le cardiazol, par MM. H. CLAUDE, M. LECONTE et G. RALLU.

Le traitement au cardiazol, outre ses effets thérapeutiques si heureux dans les états de démence précoce, semble présenter parfois des répercussions curieuses et intéressantes à la fois dans la sphère instinctive et affective. Il nous a paru intéressant de noter et d'insister sur certains points de détails surprenants que nous avons pu constater au cours de l'utilisation de cette thérapeutique à la clinique des maladies mentales.



Nous n'insisterons pas sur ces cas d'améliorations du psychisme mental, peu durables, mais constamment renouvelés par la reprise des cures, que nous avons pu observer chez certaines malades (ils nous semblent présenter un tel intérêt qu'ils méritent une étude spéciale), mais il s'agit pour nous beaucoup plus de montrer, chez nos malades, les effets originaux et inattendus de la cure.

Nous signalerons, tout d'abord, ce qui peut paraître de plus banal, la disparition d'un mutisme post-confusionnel, en insistant sur la promptitude de l'effet curatif.

Une première malade, Mlle T., entre à la clinique le 2 novembre 1938, avec le diagnostic de confusion mentale d'allure discordante, accompagné de semi-mutisme ; quinze jours plus tard, le mutisme est complet, on note une impulsion ; mise au cardiazol le 19 janvier, dès la troisième piqure, la malade parle parfaitement et demande à écrire à sa mère. A l'examen, pas de dissociation nette, tout au plus un léger état d'excitation. Depuis, la malade est sortie, parfaitement guérie, n'ayant reçu au total que cinq injections.

Une seconde malade, Mlle B., infirmière, rentre dans notre service le 21 avril 1939 avec le diagnostic de confusion mentale hallucinatoire, mutisme complet, attitude extatique, aspect non discordant. Elle reçoit une première injection de cardiazol le 12 mai, puis une seconde le 16. La malade parle alors volontiers, ne présente aucune discordance et paraît normale. Elle déclare avoir cru que l'on avait cherché à lui enlever sa foi. Elle pense que sa maladie est le résultat d'une affection microbienne méningée, contractée au cours de l'exercice de sa profession, incident qu'elle aurait réellement présenté trois ans auparavant. Ces faits, elle nous les expose le plus normalement et le plus posément du monde, en ajoutant : « C'est le cardiazol qui m'a guérie. » Son état est si bon qu'il nous semble inutile de prolonger la cure bien que nous ayons encore pratiqué une troisième piqure à la date du 19 mai.

Ces guérisons brusques de mutismes et surtout ce second cas nous conduisent à évoquer une troisième malade où le mutisme cède pour révéler un délire :

Mme W., arrivée dans le service le 23 mars 1939, pour syndrome discordant avec opposition et mutisme presque absolu. On obtient d'elle seulement l'existence possible de déceptions. Mise au cardiazol le 12 avril, le mutisme cède et la malade révèle un délire sur fond paranoïaque : elle a l'impression que son chef de bureau de ministère où elle travaillait agit contre elle avec la complicité de plusieurs personnages, dont un médecin et un agent du deuxième bureau, gens qui cherchent à la déshonorer ; ils l'auraient filmée sur un documentaire

de leur police secrète et elle en serait un des principaux acteurs ; ce sont eux qui l'ont fait placer ici, et elle nous ajoute sténique : « Ils ne m'enlèveront pas l'honneur ainsi, et d'abord je dois sortir, on n'a pas le droit de me garder ici. » De ce délire, il n'était paru aucune manifestation dans les services où elle était passée. La cure est actuellement terminée, totalisant 12 piqûres, et la malade reprend progressivement un aspect fermé, se replie sur son délire qu'elle tend à dissimuler de nouveau.

Les cas suivants peuvent paraître plus curieux encore, ne s'adressant pas à l'aspect catatonique ou discordant de l'activité malade.

Une première malade, Mme M., entre le 26 octobre pour un état mélancolique avec impression vague de prise de pensée et de personnalisation, trois tentatives de suicide à la suite de mésentente conjugale (gaz, strangulation, béatol, ce dernier ayant nécessité un transfert à l'hôpital). Dans notre service, deux tentatives nouvelles répétées à quelques jours d'intervalle par strangulation, le 13 et le 17 novembre, et ce, malgré un traitement au laudanum. Le 18, première injection de cardiazol. A la troisième piqûre, malade transformée avec réduction remarquable des idées mélancoliques, elle est devenue coquette, remercie les médecins, elle a cessé d'être maintenue, elle est moins surveillée ; par précaution, le cardiazol est continué, totalisant huit piqûres, mais on ne constate plus de modification sensible dans la suite, et la malade est sortie le 8 janvier 1939, merveilleusement améliorée, les idées de suicide ayant brusquement et totalement disparu par les seules trois premières injections de cardiazol.

Nous évoquerons maintenant deux cas où nous avons vu apparaître chez les malades soit une excitation génitale, soit la disparition d'un état de frigidité, faits qui ne sont pas sans inconvénients.

Dans le premier cas il s'agit d'une demoiselle L., entrée le 1<sup>er</sup> novembre 1937, présentant un état schizophrénique avec agitation, opposition et mutisme. Traitée au cardiazol à la date du 8 novembre, on a vu, à la suite des injections, cette malade présenter une activité masturbatoire particulièrement intense qui, pendant toute la cure, n'a fait que s'accroître, malgré l'institution d'un traitement au stérandryl, elle n'a diminué que dans la suite de façon progressive.

Dans le cas suivant, il s'agit d'une dame T., entrée le 26 mai 1938 pour syndrome délirant paranoïde avec phénomènes d'influence. Traitée à partir du 25 juillet, malade très améliorée, parlant normalement et qui nous déclare : « Depuis que j'ai eu du cardiazol, j'ai des désirs sexuels que je ne connaissais pas avant, j'ai des désirs plus forts que jamais, ce n'est pas tous les jours, mais plusieurs fois

par mois ; je souhaite, puisque je vais sortir bientôt, que mon mari les satisfasse, car, s'il n'y parvient pas, il faudra qu'il se fasse soigner. »

Par opposition à ces cas favorables, où le cardiazol a joué un rôle de réveil, soit d'équilibre mental ou d'une fonction inhibée, il convient d'insister sur l'apparition possible d'états obsédants tels que les suivants.

Une dame B., entrée le 25 mars 1938, pour mélancolie anxieuse avec idée d'incurabilité, impulsion au suicide, est traitée à partir du 3 août par treize crises successives. Depuis, la malade déclare « craindre sans cesse qu'on lui fasse de nouvelles piqûres, elle y pense sans arrêt, jour et nuit, ne peut abandonner cette idée malgré l'assurance des médecins ; elle s'est posé tellement de questions à ce sujet que ces piqûres n'étaient pas possibles pour un être humain ; elle sait qu'on fait des expériences sur les cobayes, que certains médicaments font l'effet inverse de ce qu'on attend d'eux ». Elle demande des narcotiques « pour que ses idées sur le cardiazol ne reviennent pas » ; elle pleure fréquemment parce qu'elle pense au cardiazol. Cette situation s'est récemment atténuée après une durée de plusieurs mois.

Chez une autre malade, Mme H., entrée le 13 septembre 1938, pour délire de persécution avec hypocondrie et anxiété, a reçu quatorze injections, du 18 octobre au 1<sup>er</sup> décembre 1938. Son état dépressif s'est amélioré, mais, dans la suite, elle pense sans arrêt aux piqûres, dès qu'elle aperçoit un médecin, supplie « qu'on ne lui fasse plus de ces piqûres qui la glacent », répète sans arrêt : « Je n'ai plus rien, plus rien, je ne veux plus de piqûres, je n'en veux plus » ; ces interpellations s'accompagnent d'un état émotif intense : elle supplie en joignant les mains.

Tels sont les cas qui nous ont paru intéressants à présenter. On pourrait encore noter chez une malade l'apparition, peut-être incidente, d'une poussée d'herpès, coïncidant avec le début d'une cure, l'inactivité du traitement chez les sujets post-encéphalitiques qui nous ont plutôt paru légèrement aggravés, ce qui ne peut guère surprendre lorsqu'on connaît la sensibilité de pareils sujets.

Cet exposé a cherché à mettre en évidence l'existence de guérisons quasi-spontanées, deux ou trois piqûres suffisant à transformer de façon surprenante une malade, et la possibilité de constater, à côté de l'amélioration du psychisme d'un sujet, des faits incidents dont la mise en lumière d'un délire, l'abolition de la frigidity, l'apparition d'états obsédants nous ont paru des plus intéressants. En rapprochant ces faits des publications des dermatologues constatant la guérison d'affections cutanées par l'utilisa-

tion du cardiazol, on peut conclure qu'il s'agit d'un produit de choc agissant profondément sur l'activité des individus et dont les résultats utilisables en thérapeutique surtout psychiatrique semblent offrir un champ très étendu encore insuffisamment étudié mais qui mérite notre plus profonde attention,

**Le cardiazol en thérapeutique psychiatrique (Expérimentation et essai clinique de 17 mois),** par MM. LAIGNEL-LAVASTINE, H.-M. GALLOT et H. PICHARD.

De grandes espérances, suivies d'ailleurs de déceptions assez cruelles, étant nées du fait de l'introduction en psychiatrie de méthodes thérapeutiques nouvelles, à savoir : insulinothérapie et injections intraveineuses de cardiazol, nous avons commencé à étudier cette dernière méthode en décembre 1937.

Or, pour juger une thérapeutique, il faut un certain recul. Ceci explique que nous ayons tardé dix-sept mois à donner le résultat de nos investigations.

D'abord, nous avons étudié l'action du cardiazol sur l'animal, puis, forts de l'innocuité quasi-absolue du pentaméthylènetétrazol administré par voie intraveineuse à des malades relativement jeunes et en bon état cardio-vasculaire, nous avons traité de nombreux malades présentant des syndromes psychiatriques divers : aigus, subaigus ou chroniques.

Nous nous proposons aujourd'hui d'ouvrir rapidement devant vous les dossiers de 32 malades, dossiers constitués en partie grâce à MM. Mignot, Paugam et Lam que nous remercions ici.

Encore que beaucoup de ces notions soient déjà connues, nous allons tout d'abord signaler les modifications physiologiques déclanchées par les injections de cardiazol.

*Expérimentation.* — Chez le lapin, une dose de cinq à huit cgr. est nécessaire et suffisante pour déclancher un accès convulsif. Celui-ci évolue de la façon suivante : dix à quinze secondes après l'injection, le lapin, qui était jusque-là resté immobile et inquiet, fonce droit devant lui, parcourt quelques mètres, s'arrête brusquement, tombe sur le dos et devient raide, les quatre pattes en extension.

De deux à cinq minutes plus tard, la reprise de connaissance se fait progressivement. Bientôt, l'animal reprend une activité normale, et, dix minutes après la crise, se comporte absolument comme un lapin non injecté.

Nous avons répété les injections de demi-heure en demi-heure (pour déclancher les crises suivantes, il n'est pas besoin d'augmenter la dose de cardiazol). Après le troisième accès convulsif, l'animal est très fatigué et met quinze à vingt minutes pour reprendre conscience. Si l'on provoque plus de quatre ou cinq crises convulsives, le lapin meurt. Les autopsies pratiquées n'ont jamais montré, tant macroscopiquement que microscopiquement, de lésions cardiaques, vasculaires ou nerveuses. Signalons que, dans deux cas où le lapin avait un certain mal à se remettre de sa crise, l'injection intraveineuse de 2 cgr. 1/2 d'acétylcholine a provoqué immédiatement la mort.

Il apparaît que la dose mortelle de cardiazol pour un lapin moyen de 7 à 8 livres, est de 25 ou 30 cgr. injectés rapidement en une seule fois. Dans le cas des injections massives, la crise ne se produit pas plus tôt que dans le cas d'une injection normale, et la mort survient au cours de la phase tonique. Là non plus, les examens macroscopiques ou microscopiques n'ont pas décelé de lésions vasculaires ou nerveuses. La mort semble être le fait d'un choc, choc qui, comme nous le verrons plus tard, rappelle beaucoup le choc adrénalinique.

L'injection quotidienne d'une dose suffisante de cardiazol pour provoquer une crise convulsive ne fait aucun tort à l'animal. Un de nos lapins a fait ainsi 30 crises en 30 jours ; le 30<sup>e</sup> jour, son comportement était absolument normal. Le lapin ayant été sacrifié, l'autopsie n'a montré aucune lésion. Nous avons pratiqué chez un lapin une injection intra-cardiaque de cardiazol. Il n'y eut pas de dommage, et la crise convulsive se produisit comme d'habitude.

Quelques examens ont, en outre, été pratiqués après les crises. C'est ainsi que nous avons toujours trouvé une augmentation appréciable du sucre du sang et un bouleversement de la formule sanguine, avec augmentation des globules rouges et des globules blancs, modification d'ailleurs uniquement quantitative et non qualitative.

Le cardiazol apparaît donc expérimentalement comme tout à fait inoffensif.

Chez l'homme, l'injection intraveineuse de cardiazol provoque des modifications physiologiques importantes portant sur la tension artérielle, la formule sanguine, la glycémie, etc...

Le fait le plus évident est l'élévation de la tension artérielle, élévation qui est aussi bien systolique que diastolique. En quelques secondes, dans la période qui précède la crise, la tension, antérieurement normale, monte, par exemple, à 18-10 ou 20-12.



Une fois la crise passée, en 2 à 10 minutes, elle redescend progressivement.

La glycémie est profondément modifiée dans le sens de l'hyperglycémie pendant et aussitôt après la crise (1 gr. 10 à 1 gr. 60). Une heure après, au contraire, il se produit une légère hypoglycémie qui dure peu de temps.

Le taux de l'urée sanguine n'est pas modifié non plus que celui des polypeptides. La formule sanguine, comme chez l'animal, est modifiée quantitativement avec augmentation des globules rouges et des globules blancs.

En général, pendant la crise, on constate une tachycardie moyenne. Les tracés électrocardiographiques, que nous avons fait pratiquer avant et immédiatement après le cardiazol, n'ont pas montré de troubles de la conductibilité, mais seulement une tachycardie moyenne, régulière.

Pendant la crise, il convient de signaler une mydriase considérable et une contraction des muscles des poils qui s'extériorise par une réaction pilomotrice intense prédominant au membre supérieur et à la ceinture scapulaire.

Pendant les crises aussi, nous avons parfois constaté l'apparition éphémère d'une extension bilatérale des orteils. Mais ce fait est loin d'être constant et n'a pas de rapport avec l'intensité de la crise ou l'avenir de la maladie.

Si l'on retient les points essentiels suivants : élévation de la tension artérielle, hyperglycémie, modification de la formule sanguine, mydriase, horripilation plus ou moins généralisée, il saute aux yeux que l'injection intraveineuse de cardiazol provoque des réactions identiques au choc adrénalinique. Le cardiazol agit-il directement, c'est probable ; mais la similitude du choc par le cardiazol et du choc par l'adrénaline est intéressante à noter.

Les constatations précédentes signalent nettement les contre-indications du cardiazol. Il apparaît, en effet, que le cardiazol doit être réservé à des sujets jeunes, c'est-à-dire ayant un système cardio-vasculaire intact, et susceptibles de subir sans dommage des variations brutales de tension. Nous reviendrons plus tard sur ce point.

*Technique.* — Notre technique de traitement par le cardiazol n'a rien de particulier. Nous faisons trois injections intraveineuses par semaine, de préférence le matin, à jeun.

Il faut, avant l'injection, mettre un linge entre les dents pour empêcher la morsure de la langue, et obtenir, si possible,

une émission d'urine afin d'éviter la souillure des draps. Nous ne recommandons pas de mettre au malade une mentonnière afin de rendre impossible la luxation (peu fréquente d'ailleurs) de la mâchoire ; car cette mentonnière gêne considérablement le malade lors de la reprise de la respiration. Nous commençons par 4 cm<sup>3</sup>, c'est-à-dire 40 cgr. de produit, car, assez souvent, nous avons vu cette dose suffire à déclancher les premières crises. A chaque piqure, nous augmentons d'un cm<sup>3</sup> jusqu'à obtention de la crise convulsive. Dès que celle-ci est obtenue, nous nous contentons, pour les injections suivantes, d'augmenter à chaque fois d'un quart de cm<sup>3</sup>. Pour notre part, si nous cherchons le plus possible à éviter l'injection insuffisante, c'est-à-dire celle qui produit une angoisse sans crise, nous ne faisons pas cependant, en cas d'injection insuffisante, une seconde injection de 3 cm<sup>3</sup> aussitôt après la première. Par ce procédé, en effet, on ne déclanche pas fatalement une crise, du fait de l'intervalle obligatoire qui existe entre les 2 injections et, de toute façon, le malade est très fatigué et très confus, bien plus que s'il avait eu une crise normale.

La dose convulsivante de cardiazol est variable avec chaque malade. Elle ne dépend ni de son poids, ni de son sexe, ni de sa maladie, non plus que de l'ancienneté ou de la nouveauté de celle-ci.

Une de nos malades faisait des crises superbes avec 2 cm<sup>3</sup> 1/2, et il ne fut jamais nécessaire de dépasser 3 cm<sup>3</sup>, même après la dixième crise. Chez une autre malade, au contraire, la dose initiale était de 11 cm<sup>3</sup>, et il fallut monter ultérieurement à 15 cm<sup>3</sup> par injection, sans dommage d'ailleurs. On ne trouve pas non plus, dans la dose nécessaire, une indication quelconque quant au pronostic de la maladie.

Nous avons essayé de voir si la vitesse de l'injection jouait un rôle dans le déclanchement de la crise. Les injections lentes, c'est-à-dire faites à la vitesse de un cm<sup>3</sup> en deux secondes ou plus, exigent une dose de médicament sensiblement plus grande que les injections rapides. Quand on met plus de 3 ou 4 secondes pour injecter un cm<sup>3</sup>, on ne déclanche plus de crise. La meilleure crise provoquée par le minimum de médicament est obtenue quand on fait l'injection à la vitesse d'environ un cm<sup>3</sup> par seconde.

La crise apparaît dix à vingt secondes après la fin de l'injection de cardiazol, mais plusieurs fois nous avons vu une phase de latence, de méditation de crise considérable allant de trente secondes à une minute. Pendant cette attente, le malade reste im-

mobile, extrêmement inquiet, les yeux fixes, ramenant parfois cependant les mains vers sa poitrine dans un geste qui signale son angoisse. La crise se passe comme une crise d'épilepsie banale (phase tonique et phase clonique) et dure de 15 à 45 secondes. La respiration reprend habituellement aussitôt, mais quelquefois nous avons assisté à des phases d'apnée très impressionnantes durant 30 secondes et même une minute.

Le retour à la conscience se fait lentement et progressivement, le malade étant apeuré et profondément obnubilé. La durée de cette obnubilation est variable avec chaque malade et n'a pas de signification propre. C'est au cours de cette phase d'obnubilation et de demi-conscience que l'on assiste parfois à une petite crise d'excitation avec cris, pleurs, agitation ou excitation sexuelle avec pantomime significative.

Le malade ne garde aucun souvenir de sa crise ni des conditions même de l'injection déclanchante. Fréquemment, quelques heures après la crise, il existe un véritable déblocage (qui dure ou ne dure pas) et le malade reprend passagèrement contact avec le monde extérieur.

Quand on injecte une dose de cardiazol insuffisante, le malade ne fait pas de crise convulsive, mais ressent une angoisse très pénible avec impression de mort. Cet état doit évidemment être évité dans la mesure du possible, surtout s'il s'agit de malades relativement conscients qui ultérieurement pourraient refuser la thérapeutique. Cependant, cela n'a pas grand inconvénient, car nous avons toujours pu persuader aux malades qu'ils devaient continuer à se laisser traiter, et nous pensons même que parfois, contrairement à ce qu'on a bien voulu dire, cette angoisse très forte provoque des réactions psychologiques salutaires de la part du malade.

Même, quand il n'y a pas eu de crise, on constate assez souvent après l'injection de cardiazol un peu de confusion et d'obnubilation. Certains ont voulu voir dans la longueur et l'intensité de cette phase des indications pronostiques. Pour notre part, nous devons dire que les obnubilations courtes ou longues se voient aussi bien dans des cas ultérieurement favorables que défavorables, et inversement.

Ce qu'il y a d'intéressant dans les manifestations psychiques qui surviennent parfois après une injection insuffisante de cardiazol, c'est qu'elles ressemblent à certaines auras épileptiques : sensation de dédoublement ou de dépersonnalisation, angoisse, sentiment d'avoir vu des choses terrifiantes et indéfinissables.

En général, les injections intraveineuses de cardiazol se font

par séries de huit à douze piqûres ; cependant, il faut se laisser guider par le malade et par la maladie. Dans certains cas, nous avons fait seulement quatre injections, dans d'autres quarante et même quarante-cinq injections.

Au demeurant, nous croyons que ce n'est pas tant le nombre d'injections qui compte que le moment où l'on institue le traitement.

Dans les cas anciens, on peut d'une seule tenue répéter les piqûres à l'infini ; le résultat final sera nul.

Dans les cas récents, au contraire, dans ce que nous appellerons plus tard les bouffées aiguës délirantes ou les confusions subaiguës, nous croyons que la technique des séries de 8 à 12 piqûres de cardiazol séparées par 10 à 15 jours est la meilleure.

La 2<sup>e</sup> ou la 3<sup>e</sup> série peut parfaitement se montrer efficace, alors que les séries précédentes n'avaient donné qu'une amélioration passagère suivie parfois d'un peu d'excitation.

*Contre-indications.* — Nous avons signalé plus haut que le cardiazol ne devait être fait qu'à des sujets jeunes en bon état cardio-vasculaire. En principe, on doit hésiter à l'utiliser chez des malades de plus de 40 ans. Cependant nous l'avons fait, avec succès, chez des sujets de 41 et 43 ans. Ce sont des cas d'espèce.

Est-il nécessaire de pratiquer systématiquement un électrocardiogramme chez chaque malade qui doit être traité ? Nous ne le pensons pas ; un simple examen clinique est habituellement suffisant. Si un tel examen mérite parfois d'être fait, c'est exceptionnellement, quand, par exemple, on doute de la valeur du myocarde ou que l'on constate après la crise des irrégularités persistantes du pouls.

Quelquefois la prudence commande d'interrompre le traitement : crises trop fortes, confusion mentale très prolongée, irrégularité du rythme respiratoire après la crise, excitation persistante. Après un arrêt plus ou moins long on pourra tenter de reprendre la thérapeutique.

En suivant les règles que nous venons d'énoncer, jamais jusqu'à présent nous n'avons eu d'accident ou même d'incident.

Par ailleurs on a signalé l'apparition de tuberculose pulmonaire évolutive après la thérapeutique par le cardiazol. Nous pensons qu'il s'agit de faits exceptionnels. Cependant nous estimons que, quand on le peut, il est bon de passer à la radioscopie les malades avant d'entreprendre le traitement et de s'abstenir, s'il existe des lésions appréciables.

Ces généralités, pourrait-on dire expérimentales, sur les réac-

tions provoquées par l'injection intraveineuse de cardiazol étant exposées, nous allons maintenant rapporter brièvement les observations de 32 malades en les groupant entre elles par rubriques nosographiques, ce qui, à notre avis, est la seule manière de donner une statistique réelle sur la valeur thérapeutique du cardiazol.

1<sup>er</sup> GROUPE. — *Syndromes hébéphréno-catatoniques anciens*  
(plus de deux ans)

OBSERVATION 1. — R. Maurice, 29 ans. *Hébéphréno-catatonique* depuis cinq ans. Evolution progressive et d'une seule tenue. Mutisme. Stéréotypies. Désintérêt. Affaiblissement intellectuel peu important. Traité antérieurement par la sulfosine. Reçoit 27 injections de cardiazol dont 15 déterminent des crises convulsives. Dose convulsivante : de 80 à 110 cgr. Après les premières crises, prononce quelques paroles et manifeste une certaine agitation motrice à prédominance érotique. Résultat final : nul.

Obs. 2. — H. Jean, 31 ans. Début réel : il y a cinq ou six ans. Début apparent : il y a trois ans. *Hébéphrénique*. Gros troubles du langage à caractère schizophasique. Ambivalence. Désintérêt avec, par instants, conscience de son état et anxiété. Stéréotypies. Refus de s'alimenter. Apraxie idéative. Gros affaiblissement intellectuel. 36 injections de cardiazol, dont 25 avec crises convulsives. Dose convulsivante : de 30 à 65 cgr. Résultat : nul, sinon aggravation.

Obs. 3. — C. Pierre, 22 ans. Début : il y a plus de trois ans. *Hébéphrénique*. Affaiblissement intellectuel important. 12 injections de cardiazol, dont 10 avec crises convulsives. Dose convulsivante : de 50 à 80 cgr. Après les premières crises, est un peu plus maniable et sociable, mais rapidement retombe à son état initial. Résultat : nul.

Obs. 4. — B. Simone, 34 ans. Début : il y a cinq ans. *Hébéphrénique banale*. Affaiblissement intellectuel important. Traitement antérieur : insulinothérapie sans résultat. 30 injections de cardiazol, dont 26 avec crises convulsives. Dose convulsivante : de 40 cgr. à 70 cgr. De temps en temps, après une crise, est plus sociable, plus douce, s'intéresse un peu à ce qui se passe autour d'elle, rit moins, mais, au demeurant, résultat nul. Reçoit d'ailleurs en ce moment une série mixte cardiazol-sulfosine sans plus de résultat.

Obs. 5. — Be. Madeleine, 28 ans. *Hébéphrénique banale*. Début : il y a plus de trois ans. Reçoit 14 injections de cardiazol, dont 9 avec crises convulsives avec 30 à 40 cgr. Résultat : nul (agitation, nudisme, gâtisme).

Obs. 6. — Ch. Gérard, 32 ans. *Hébéphréno-catatonique*. Mutisme. Impulsions. Sémaphorisme. Refus d'aliments. Incurie. Traité antérieurement, en Suisse, sans résultat, par l'insulinothérapie. 48 injections



de cardiazol, dont 45 avec crises convulsives. Dose convulsive : de 45 à 55 cgr. En cours de série, vers la quatorzième crise, le malade parle un peu. Résultat : nul.

OBS. 7. — Ra. Yvonne, 31 ans. Début : il y a quatre ans. *Hébéphrénocatatonique*. Reçoit 10 injections de cardiazol, dont 8 avec crises convulsives. Dose convulsivante : de 50 à 65 cgr. Résultat : nul.

OBS. 8. — Ch. Raoul, 31 ans. *Hébéphrénocatatonique* avec gros affaiblissement intellectuel. Début : il y a quatre ans. Traité en Suisse pendant quatre mois, sans résultat, par l'insulinothérapie. Reçoit 8 injections de cardiazol, dont 7 avec crises convulsives. Dose convulsivante : de 50 à 60 cgr. Léger déblocage après chaque piqûre. Finalement, résultat nul. Après les dernières piqûres, le déblocage ne se produit même plus.

OBS. 9. — Be. Gilberte, 32 ans. Début réel : il y a trois ans environ. Début apparent : il y a un an. *Hébéphrénocatatonique*. Indifférence. Incurie. Mutisme. Maniérisme. Refus d'aliments par intervalles. Reçoit 28 injections de cardiazol, dont 17 avec crises convulsives. Dose convulsivante : de 40 à 70 cgr. Grosse amélioration vers la sixième piqûre, reprise de contact avec le réel. On voit qu'il y a peu d'affaiblissement intellectuel, mais rapidement retour à l'état initial. Finalement, résultat à peu près nul.

OBS. 10. — Ga. Georges, 32 ans. *Hébéphrénocatatonique*. Désintérêt absolu. Ambivalence. Inertie. Début : il y a au moins quatre ans. Affaiblissement intellectuel probablement important. Reçoit 20 injections de cardiazol, dont 17 avec crises convulsives. Dose convulsivante : de 70 à 90 cgr. Résultat : nul.

OBS. 11. — St. Germaine, 26 ans. *Hébéphrénocatatonique*. Début : il y a deux ou trois ans. Désintérêt. Troubles de l'humeur et du caractère. Impulsions. Agitation ou inertie. Affaiblissement intellectuel important. Reçoit 13 injections de cardiazol, dont 9 avec crises convulsives. Dose convulsivante : de 70 à 80 cgr. Résultat : nul.

## 2<sup>e</sup> GROUPE. — Délires paranoïdes

OBS. 12. — Ch. Edouard, 33 ans. Depuis plusieurs années, *délire incohérent et polymorphe* de grandeur, de réforme sociale et de persécution. Vu au cours d'une grosse poussée d'excitation avec délire presque fantastique. L'affaiblissement intellectuel ne semble pas important. Le malade reçoit six injections de cardiazol, avec six crises convulsives (50 cgr.). Dès la deuxième piqûre, l'excitation tombe, mais un délire incohérent de présages et de réformes apparaît. A la sixième piqûre, le malade devient réticent. La famille l'emmène. Il est actuellement interné et a reçu sans résultat de nombreuses piqûres de cardiazol. Résultat indiscuté : bon pour la bouffée d'excitation, nul pour l'état paranoïde.

OBS. 13. — Cl. Victoire, 26 ans. *Délire paranoïde calme* depuis cinq ans. Affaiblissement intellectuel modéré. Reçoit 12 injections de cardiazol, dont 10 avec crises convulsives. Dose convulsivante : de 50 à 70 cgr. Amélioration légère du comportement. La malade peut mener une apparence de vie normale pendant six mois, puis, reprise des phénomènes, et le cardiazol est, cette fois-ci, tout à fait impuissant.

OBS. 14. — Po. Robert, 19 ans. *Délire polymorphe et absurde, surtout imagitatif*. Idées d'influence. Perte de l'affectivité. Grosse discordance. Pas d'affaiblissement intellectuel. Début : il y a probablement plus d'un an. Reçoit une série de 10 injections de cardiazol avec sept crises. Après chaque crise, abandonne son délire pour quelques heures, mais le reprend bientôt. Cependant, à la fin de la série, l'indifférence et la discordance ont pris le pas sur le délire.

3<sup>e</sup> GROUPE. — *Bouffées aiguës à caractère hébéphrénique ou schizophrénique*

Les malades, que nous allons ranger sous cette rubrique, se prêtent à de multiples discussions doctrinales. Il s'agit de malades, qui, pour la plupart, sont atteints pour la première fois, sans syndrome confusionnel préalable, de troubles mentaux offrant d'emblée l'apparence de l'hébéphrénie ou de la schizophrénie. Un certain nombre de ces états guérissent d'eux-mêmes, d'autres donnent une hébéphrénie ou une schizophrénie typique, si bien qu'il est très difficile de juger l'action thérapeutique véritable du cardiazol. Il convient cependant de signaler qu'en tout état de cause la thérapeutique convulsivante nous a semblé avoir une action certaine sur ces états. Peut-être s'agit-il seulement de temps gagné ; le fait n'en est pas moins intéressant à signaler.

OBS. 14. — P. Louise, 35 ans. Bouffée d'excitation avec idées délirantes imbriquées d'auto-accusation et de persécution. Hallucinations auditives. Anxiété. Amélioration spontanée en trois semaines. Il reste de vagues idées de persécution, la prise de la pensée, un peu d'anxiété et surtout de l'ambivalence, du maniérisme, du rire stéréotypé. Absolument rien à signaler dans les antécédents. On commence une série de piqûres de cardiazol. La troisième piqûre, avec 60 cgr., déclanche une crise. Immédiatement après, amélioration considérable. Après la quatrième piqûre, l'état de la malade est si satisfaisant qu'on arrête la série de cardiazol. Un mois plus tard, la malade, apparemment guérie, sort. La guérison se maintient depuis deux mois. Résultat très vite excellent.

OBS. 15. — Bo. Madeleine, 22 ans. Bouffée délirante avec agitation formidable. Anxiété. Hallucinations visuelles et auditives. Thèmes

érotiques. Note confusionnelle. Pas de fièvre. L'agitation cesse spontanément à 15 jours. La malade reste méfiante, anxieuse. Automatismes mentaux. Refus d'aliments. Idées de fuite. Maniérisme. Rires stéréotypés. On commence une série de cardiazol. Dès la sixième piqûre, avec 70 cgr., amélioration. A la quinzième piqûre, la malade sort améliorée, mais non guérie. Son syndrome d'automatisme mental persiste avec anxiété intermittente, bizarrerie de paroles et d'attitudes, rires. La malade revient quelques jours plus tard présentant à nouveau de l'anxiété, de l'agitation, des idées délirantes d'agression physique. On refait 15 injections de cardiazol. La malade sort très améliorée, mais ayant encore de l'ambivalence, des bizarreries du comportement, de l'anxiété et probablement de la prise de la pensée. Depuis trois mois, elle se maintient tant bien que mal, plutôt mal, dans le milieu familial. Résultat : amélioration légère.

OBS. 17. — Ma. Suzanne, 22 ans. Bouffée hétérophrénique. Anxiété légère. Étrangeté intérieure. Petit automatisme mental. Quelques préoccupations mystiques. Inertie. Rire stéréotypé. Début : il y a six semaines environ. Traitement mixte de sulfosine-cardiazol. Dose convulsivante : 50 à 60 cgr. 10 injections, 8 crises. Pas de résultat appréciable.

OBS. 18. — Va. Joséphine, 27 ans. Bouffée d'excitation avec cris, incohérence des propos, refus de s'alimenter, discordance, haine familiale. Début : il y a quatre à cinq mois. A reçu 20 injections de cardiazol en deux séries de 10. Dose utile : de 45 à 65 cgr. 18 crises. Résultat : nul.

OBS. 19. — D. Irène, 23 ans. Début : il y a sept ou huit mois. Préoccupations hypocondriaques. Maniérisme. Inertie. Puis, automatisme mental. Idées d'influence et retour à l'état initial. 14 injections de cardiazol, 14 crises. Dose utile : de 30 à 50 cgr. Résultat : nul.

4<sup>e</sup> GROUPE. — *Etat confusionnel*  
*se prolongeant avec quelques signes de discordance*

OBS. 20. — B. Marguerite, 32 ans. Etat confusionnel survenu 15 jours après un accouchement et durant depuis 15 jours. Désorientation. Fausses reconnaissances. Hallucinations visuelles. Mutisme et agitation. Au bout de quelques jours, rires, indifférence, inertie. Un mois après le début de l'affection, on commence le cardiazol. 6 injections. Dose utile : de 60 à 80 cgr. Quatre crises. Après la troisième crise, demande à voir sa petite fille, et commence à se réadapter. Après la quatrième crise, guérison. On arrête le cardiazol. La guérison se maintient.

OBS. 21. — R. Madeleine, 26 ans. Confusion sans température. Petit onirisme. Vagues idées de persécution. Agitation nocturne. Début : il y a un mois environ. Le cardiazol est commencé 45 jours après le

début de l'affection. Une première série de 8 injections de cardiazol avec 8 crises (40 à 55 cgr.) ne donne qu'une très légère amélioration. Une deuxième série identique, faite quelques jours plus tard, n'amène pas la guérison. Celle-ci survient spontanément deux mois plus tard.

OBS. 22. — B. Denise, 22 ans. Confusion avec excitation et anxiété légère. Mauvaise humeur, agressivité, stéréotypies. Début : il y a trois mois. Un accès équivalent deux ans auparavant a duré 7 mois. 10 injections de cardiazol, dont 8 avec crise (80 à 90 cgr.). Amélioration, mais non guérison. Un mois plus tard, la malade est guérie. Le cardiazol semble avoir eu une action, l'accès actuel ayant été notablement plus court que le précédent.

OBS. 23. — Pi. Jeanne, 30 ans. Confusion mentale avec agitation modérée. Alternance de thèmes dépressifs et d'idées de persécution. Début : il y a six semaines. Première série de cardiazol deux mois après le début de la maladie. 13 injections, 8 crises (40 à 55 cgr.). Amélioration légère, mais qui ne dure pas. 15 jours plus tard, nouvelle série de 7 injections de cardiazol, avec 5 crises. Guérison qui se maintient.

OBS. 24. — Ch. Hélène, 23 ans. Confusion mentale subaiguë post-puerpérale. Pas de fièvre. Grosse agitation. Une série de cardiazol sans aucun résultat. Après chaque piqure, amélioration passagère pendant quelques heures.

OBS. 25. — Tr. Yvonne, 29 ans. Confusion subaiguë. Thèmes dépressifs. Mutisme. Méfiance. Inertie. Agitation par intervalles. Début : il y a quatre mois. Trois injections de cardiazol, deux crises (40 cgr.). Guérison définitive.

OBS. 26. — Ba. Solange, 30 ans. Confusion avec agitation extrême. Très vite, aspect hébéphrénique typique. Début : il y a six semaines. Une première série de 15 injections de cardiazol avec 9 crises (110 à 150 cgr.) donne une certaine amélioration. Trois semaines plus tard, nouvelle série de cardiazol (8 crises). Amélioration incontestable, mais la malade garde encore de nombreux signes de la série hébéphrénique.

#### 5° GROUPE. — *Psychose périodique*

I. *Manie*. — OBS. 27, 28 et 29. — Mo. Laure, 39 ans ; Qu. Andrée, 41 ans ; Pl. Robert, 32 ans. Manie typique chez des malades ayant déjà présenté des accès antérieurs. Ont tous trois reçu des séries de 8 à 10 injections de cardiazol. Dès la deuxième crise, diminution de l'excitation physique, petite note confusionnelle, transformation de la manie en état mixte avec prédominance d'excitation psychique. Guérison ultérieure des trois cas dans des délais variables. Le cardiazol ne paraît pas avoir écourté les accès.

II. *Dépression*. — Obs. 30. — Du. Marcel, 43 ans. Accès dépressif durant depuis deux ans. Malade inerte, affaibli, sans aucune réaction. Reçoit cinq injections de cardiazol malgré son âge, quatre crises (40 à 50 cgr.). Guérison.

Obs. 31. — Ri. Agnès, 38 ans. Mélancolie anxieuse avec hallucinations. Visions d'enfer, crainte de damnation, etc... Accès antérieur identique il y a cinq ans. 10 injections de cardiazol, sept crises (70 à 80 cgr.). Amélioration légère, mais non durable. Les crises convulsives étant particulièrement violentes et la malade présentant aussitôt après des troubles passagers du rythme respiratoire, on arrête le traitement.

Obs. 32. — Be. Paul, 37 ans. Dépression mélancolique simple (deuxième accès) ayant débuté il y a trois mois. 5 injections de cardiazol, trois crises (50 à 60 cgr.). Guérison. Le premier accès avait duré 8 mois.

Voici, en résumé, les résultats rapportés dans les observations précédentes.

DIAGNOSTIC	NOMBRE D'OBSERVATIONS	RÉSULTATS
Hébéphrénies ou schizophrénies confirmées et anciennes	11	11 échecs
Délires paranoïdes.....	3	3 échecs
Bouffées aiguës à caractère hébéphrénique ou schizo- phrénique.....	5	1 guérison 1 amélioration 3 échecs
Confusion mentale subaiguë avec discordance.....	7	3 guérisons 2 améliorations 2 échecs
Manie.....	3	3 améliorations
Dépression.....	3	2 guérisons 1 amélioration
Total.....	32	6 guérisons 7 améliorations 19 échecs

L'examen de ces résultats est intéressant et suggestif. Une première remarque s'impose : *les injections de cardiazol ne guérissent pas les cas anciens d'hébéphrénie ou de schizophrénie.*



Une seconde remarque peut aussi être faite d'emblée : c'est que l'on obtient les meilleurs résultats dans ce qu'on appelait autrefois la « bouffée délirante polymorphe », type Magnan, ou la confusion mentale subaiguë. Or, le pourcentage des guérisons spontanées est assez élevé dans ces cas et il est assez difficile de juger l'action réelle du cardiazol. Cette dernière constatation explique que, suivant les avis personnels, suivant que l'on se hâte ou non de faire le diagnostic de folie discordante, on a des résultats apparemment différents avec la thérapeutique par le cardiazol. Tout cela n'est qu'une question de statistique et de tempérament.

Notre statistique personnelle sur les résultats de la thérapeutique par le cardiazol, cadre très bien avec celle de M. Claude et ses collaborateurs, encore que la nôtre soit encore moins favorable.

*Réflexions sur les résultats obtenus.* — Il faut d'abord signaler que chez presque tous les malades, quelle que soit leur affection, on constate, vers la quatrième ou cinquième crise, parfois avant, parfois après, une transformation très nette de l'adaptation et du comportement, transformation du même ordre que celle qui suit quelquefois la crise, mais qui dure plus longtemps. Le « pont-levis » est abaissé, et il y a pour quelques jours reprise de contact avec le monde extérieur. Le malade négativiste devient relativement obéissant, le mélancolique profondément inhibé dit quelques phrases, tous expriment leurs désirs et leurs préoccupations habituelles. Quand la guérison doit survenir, cet état persiste et va en s'accroissant. Dans les cas de schizophrénie ancienne, il ne dure pas, et le malade retombe, malgré la continuation du traitement, dans un état identique à celui qui existait avant la thérapeutique convulsivante.

Au demeurant, il est rare que, pendant quelques heures ou quelques jours, un malade ne paraisse pas amélioré.

Une telle constatation, pour négative qu'elle soit, est cependant encourageante, car elle donne une nouvelle preuve que dans les états schizophréniques il s'agit pendant longtemps de troubles dynamiques, de troubles de fonctions, et non de destruction et de démence définitive.

*Hébéphrénie et schizophrénie anciennes.* — Avec onze malades traités, nous avons eu onze échecs. Chez deux malades, nous avons même eu l'impression que l'affection recevait un coup de fouet, en particulier le malade de l'observation 2 a vu sa schizophasie s'aggraver en même temps qu'une sorte d'apraxie idéative s'installait et persistait un mois après la cessation du cardiazol.

Au cours du traitement et pendant la phase passagère et obligatoire d'amélioration, nous avons parfois constaté un léger état hypomaniaque déjà signalé par quelques auteurs, en particulier Heuyer.

Au point de vue physique, les malades ont tous bien supporté le traitement, et quand la série était un peu prolongée (plus de dix piqûres), nous avons observé une amélioration notable de l'état général avec reprise de poids et d'appétit.

*Délires paranoïdes.* — Nous avons étudié trois malades. Tous trois ont bien supporté le traitement. Nous n'avons pas enregistré de guérison ni d'amélioration ; cependant il est intéressant de signaler que tous ces malades sont devenus plus calmes, plus dociles, attachaient moins d'importance à leurs hallucinations ou à leur délire et tendaient à se rapprocher, passagèrement du moins, des hétérophréniques ordinaires.

*Bouffées aiguës et confusion subaiguë.* — Douze observations : quatre guérisons, trois améliorations, cinq échecs.

Il est impossible d'affirmer que les guérisons ont été obtenues grâce au cardiazol, et que sans lui les troubles mentaux seraient devenus chroniques. Cependant, on peut dire en toute certitude que dans les cas favorables *le cardiazol a sûrement hâté la guérison.*

Le traitement ne paraît pas agir d'une façon durable tant qu'il y a un facteur évolutif infectieux ou chronique, tant que l'affection est en période d'organisation et d'activité. Au contraire, quand l'affection se fixe et que les fonctions digestives se rétablissent quelque peu, la thérapeutique devient rapidement et incontestablement active.

La manière dont les malades guérissent est significative à ce sujet. Souvent, quand l'affection évolue déjà depuis un certain temps, la guérison est rapide, et survient après trois ou quatre crises. Très typique est, par exemple, l'observation 25 (confusion subaiguë durant depuis quatre mois). Après la deuxième crise, la malade commence à parler et à s'habiller. Deux heures après la troisième crise, elle est guérie, dit sortir d'un sommeil lourd, entre coupé de cauchemars, et téléphone correctement à sa famille. La guérison se maintient depuis un an.

Tout se passe, en somme, comme si le cardiazol faisait cesser une persévération pathologique dans laquelle les malades sont fixés et immobilisés.

D'autres fois, la guérison est tardive et demande un très grand nombre d'injections de cardiazol, soit en une seule, soit

en plusieurs séries. Pendant longtemps, en effet, si l'on cesse les injections, on revient en quelques jours à l'état initial, et tout le bénéfice paraît perdu. Ce sont les dernières piqûres qui sont les plus actives et qui donnent un résultat durable. En général, il s'agit de malades traités très précocement, c'est-à-dire dix à quinze jours après le début de l'affection. C'est donc quand la maladie n'est plus en période active d'organisation que le cardiazol devient actif. Là encore, tout se passe comme si le cardiazol faisait cesser un état de persévération. Les premières injections ou la première série de cardiazol ne sont pas pourtant inutiles. Le malade est plus conscient, plus adapté, et, durant sa maladie, plus accessible à la psychothérapie.

Au demeurant, nous ne nous hâtons pas trop de commencer le cardiazol lors des bouffées aiguës ou confusionnelles, et, jusqu'à ce jour, nous n'avons pas eu à le regretter. La formule idéale d'application du cardiazol est en somme « pas trop tard, certes, mais aussi pas trop tôt ».

*Psychose maniaque dépressive.* — Comme le cardiazol nous a toujours paru inoffensif, nous n'avons pas craint de l'utiliser chez des maniaques et des déprimés, dont l'accès se prolongeait depuis plusieurs mois.

Chez nos trois maniaques, les résultats furent à peu près identiques: l'agitation diminua considérablement, l'excitation motrice céda après quelques injections, sans que l'excitation psychique soit sensiblement diminuée. Bientôt une note confusionnelle, légère mais nette, apparut, en même temps qu'un peu de tristesse. En somme, l'état maniaque franc avait été remplacé par un état mixte à prédominance d'excitation psychique. L'évolution ultérieure ne fut pas modifiée, les malades guérèrent normalement. Le cardiazol n'avait pas été inutile.

Chez les déprimés, l'action fut nette. Par deux fois, la guérison survint après trois et quatre crises convulsives.

Il s'agissait de maladies déjà anciennes (neuf et vingt mois). Nous eûmes l'impression que, comme dans certains cas de confusion subaiguë, la guérison fut rapide, parce que le cardiazol arrivait à son heure et faisait cesser un état mental résiduel d'inertie, qui aurait pu durer encore fort longtemps.

CONCLUSIONS. — Le cardiazol est inoffensif chez des sujets jeunes ou relativement jeunes, n'offrant pas de lésion cardiovasculaire ou pulmonaire. Il peut donc être tenté même dans des cas qui, spontanément, pourraient guérir.

Le cardiazol ne guérit pas les états schizophréniques confirmés et anciens.

Du mode de réaction d'un malade au cardiazol, avec ou sans crise convulsive, on ne peut tirer aucun pronostic de curabilité ou d'incurabilité.

Le cardiazol abrège la durée des bouffées délirantes ou des accès de confusion subaiguë sans qu'on puisse dire qu'il empêche l'installation ultérieure de véritables états discordants.

Le cardiazol agit souvent vite, quand on le fait après quelques semaines ou quelques mois de maladie, parce qu'il fait cesser des persévérations statiques pathologiques, la maladie ayant cessé d'être active.

Le cardiazol peut être essayé dans les accès maniaques ou dépressifs qui se prolongent et il agit souvent favorablement dans ces cas.

Bref, le cardiazol préconisé comme une thérapeutique des états schizophréniques, s'est plutôt révélé, au cours de nos essais, comme un traitement efficace de certains états aigus ou subaigus.

#### Quelques cas de traitement par le cardiazol, par MM. J. VIÉ et P. RAUCOULE

Depuis le début de l'année, nous avons mis en pratique le traitement par le cardiazol sur quelques malades de notre Service. Nous rapportons ici les résultats obtenus sur 12 démentes précoces, un état démentiel atypique et une mélancolique. La série normale a été de 11 injections à raison de 2 par semaine. Certaines malades ont reçu 2 séries. Les doses efficaces ont été de 40 à 90 cgr. de cardiazol. Nous avons éliminé, au préalable, les malades présentant des signes d'atteinte cardiaque ou de tuberculose pulmonaire, conformément à l'avis de M. Demay. Nous avons dû arrêter le traitement dans un cas d'amaigrissement notable (2 kg. en 3 semaines), un cas d'agitation croissante, un cas de fragilité veineuse.

Voici le schéma de nos observations, rangées suivant la durée de l'évolution antérieure (de 17 ans à 1 an).

OBSERVATION 1. — Del..., née en 1899. *Démence précoce*. Début en 1922. Agitée, impulsive, depuis 1927. Gâteuse par intervalles, oisive, incurie complète depuis 1930.

Cardiazol : 10 injections. Le poids tombe de 49 à 48,6. Reprise légère de l'intérêt vis-à-vis de sa mère. Reste gâteuse mais plus calme.

OBS. 2. — Rev..., née en 1905. *Démence précoce*. Début en 1923 : accès d'excitation, second accès catatonique, impulsive, gâteuse depuis 1928, agitée par intervalles. Courte amélioration spontanée en 1932.

Cardiazol : 1<sup>re</sup> série. Chaque crise est suivie de diarrhée et de vomissements. Le poids monte de 42,2 à 49,5. Au cours même de la série, *l'amélioration est considérable*, la malade ne gâte plus, fait sa toilette, s'occupe, parle de façon presque normale.

Dès la 11<sup>e</sup> injection, une grosse agitation apparaît avec cris et gâtisme. Trois nouvelles injections n'apportent aucune amélioration et la malade perd tout ce qu'elle avait récupéré.

OBS. 3. — Dug..., née en 1910. *Démence précoce*. Début en 1927. Depuis 1937, inerte, malpropre, crache, vole les provisions de ses compagnes, se frappe avec violence.

Cardiazol : 11 injections. Le poids monte de 51 à 52,5. Amélioration sensible ; plus propre, s'occupe un peu, reçoit mieux ses visites, ne se frappe plus, ne vole plus.

OBS. 4. — Tav..., née en 1908. *Démence précoce* : 1<sup>er</sup> accès en 1931 ; 2<sup>e</sup> accès en 1933, évolue vers l'incurie, l'inertie, le gâtisme par intervalles.

Cardiazol : 1<sup>re</sup> série. Le poids passe de 61,5 à 63,5. Amélioration nette, s'occupe, fait son lit, devient propre, reçoit mieux sa mère. Avant la fin de la série, cette amélioration s'atténue ; une seconde série n'obtient aucun résultat. La malade redevient très grossière, parfois gâteuse, elle fait encore son lit de temps à autre.

OBS. 5. — R..., née en 1905. *Démence précoce*. Début en 1932 par un épisode d'excitation, reste renfermée, discordante, oisive, manifeste surtout une hostilité très nette vis-à-vis du mari.

Cardiazol : une série. Le poids monte de 56 à 59. Amélioration très nette de l'affectivité : elle reçoit bien son mari, demande des nouvelles des enfants. Dès la fin de la série, reparait une vive agitation qui, actuellement, s'atténue.

OBS. 6. — Mat..., née en 1905. *Démence précoce*. Début en 1933. Excitation, mutisme fréquent, nudisme, impulsivité.

Cardiazol : une série. Le poids tombe de 52 à 51,4. Amélioration sensible : plus pudique, garde sa chemise, reçoit bien ses visites, répond aux questions quoique en termes bizarres ; elle traverse, dit-elle, « une période de bon axe ».

OBS. 7. — Aup..., née en 1907. *Démence précoce*. Début en 1934 par un épisode dépressif. Incurie, impulsivité, inertie, gâtisme par intervalles.

Cardiazol : une série. Crises atypiques, malgré 0 gr. 90 (secousses tardives, équivalentes). Perd 1 kg. Résultat nul.



OBS. 8. — De A..., née en 1912. *Démence précoce*. Début en 1934 par excitation érotique et mystique. Incurie totale, gâtisme.

Cardiazol : une série. Perd 500 gr. Amélioration légère : moins gâteuse, fait parfois sa toilette, sourit, répond quelques mots.

OBS. 9. — D. T..., née en 1906. En 1933, crise d'éclampsie. *Démence précoce*, début 1936 par délire hallucinatoire. Impulsive, crie, crache.

Cardiazol : 8 injections, arrêt en raison de l'agitation hallucinatoire. Le poids monte de 40 à 42,8. Amélioration nette au début, demande des nouvelles de ses enfants. Dès la 5<sup>e</sup> injection, redevient grossière et impulsive.

OBS. 10. — Cr..., née en 1910 : *syndrome de confusion chronique* avec périodes d'excitation et de dépression, depuis 1936. Au bout de 6 injections, elle a perdu 2 kg. : arrêt. Elle reste incohérente, oisive, assez propre. Pas de changement.

OBS. 11. — Sel..., née en 1916. *Démence précoce*. Début en 1937 par un accès anxieux. En 1938 état démentiel, incurie totale, gâtisme.

Cardiazol : 2 séries. Dès la 5<sup>e</sup> crise, amélioration importante : ne gâte plus, fait sa toilette, mange à table, reçoit bien son mari, qui la prend en permission, mais doit la ramener inerte, indifférente, ne mangeant plus. A la 2<sup>e</sup> série, l'amélioration reparue régresse dès la 5<sup>e</sup> crise. La malade reste seulement un peu moins malpropre qu'autrefois. Elle est passée de 53 à 61 kg.

OBS. 12. — Bra..., née en 1908. *Démence précoce*. Début en février 1938 par un délire hallucinatoire. Oisiveté, impulsions ; propre.

Cardiazol : 5 injections. Les veines ne peuvent en supporter davantage (hématomes). Le poids monte de 44,5 à 47,4. La malade reste très délirante, mais moins impulsive et s'occupe.

OBS. 13. — Fr..., née en 1921. *Démence précoce*. En 1937, modifications du caractère. Internement en février 1939 : excitation, anxiété, oisiveté.

Cardiazol : 1 série. Le poids passe de 55,8 à 57,1. Grosse amélioration, la malade s'occupe, n'est plus anxieuse, s'alimente. A la date présumée des règles, qui n'apparaissent pas, grosse excitation, on commence le traitement par l'insuline.

OBS. 14. — S..., née en 1911. *Psychose périodique atypique*. En 1928, bouffée délirante avec tentative de suicide. En 1938, accès de dépression, anxiété, idées de suicide actives, puis délire mélancolique de négation.

Cardiazol : 1 série. Le poids passe de 62 à 71,5. Disparition de l'anxiété et des idées de suicide. Le délire prend la forme d'une négation systématique de la famille. La malade travaille avec entrain.

Il s'agit donc surtout de malades évoluant depuis plusieurs années, et nous ne pouvions, dans ces conditions, espérer des résultats importants. Nous nous bornerons à quelques remarques.

1° Chez 11 de nos démentes précoces, il s'est produit une *amélioration*, au moins temporaire, portant sur la propreté, l'intérêt pour l'entourage, l'activité : ces malades ont cessé de gâter, elles ont fait leur toilette, fait leur lit, ont mangé proprement. L'hostilité a disparu : elles ont reçu leur famille avec plaisir, demandé des nouvelles de leurs enfants ; celles qui se confinaient dans le mutisme ont au moins pu répondre aux questions. L'une d'elles a cessé de dérober les provisions de ses compagnes. Elles ont demandé à s'occuper. Presque toutes ont réclamé leur sortie.

2° Cette *récupération a été très fugace*. Elle s'est manifestée dès le début du traitement, a atteint son maximum vers la 5° ou 6° crise. Souvent nous avons eu l'impression que la continuation de la série n'amenait aucun progrès, et même n'empêchait pas la régression de s'amorcer.

Il semble que l'organisme de ces vieilles malades ne puisse fournir qu'une réaction de faible ampleur et qu'en le sollicitant davantage, on épuise l'effet obtenu.

3° Les *variations de poids* ont marqué, soit une faible diminution (500 gr. par exemple), soit une augmentation parfois considérable (7 à 8 kg.). Ces variations, dans les deux sens, ne sont pas en rapport avec l'amélioration psychique.

4° Il semble que, *chez les démentes précoces anciennes*, l'effet du cardiazol demeure faible, mais cependant appréciable, en diminuant le gâtisme, l'impulsivité, l'hostilité, et parfois en provoquant une reprise de la nutrition. Il serait donc indiqué de pratiquer chez elles des séries courtes : 6 crises par exemple, et de les répéter au bout d'un certain délai.

5° Chez la mélancolique que nous avons traitée, l'anxiété a disparu et fait place à une grosse reprise de l'activité appliquée et de l'embonpoint. Le délire a persisté.

Enfin, nous dirons quelques mots d'une malade traitée par le cardiazol dans le service du Professeur Claude (entre mars et juillet 1938), considérée alors comme un échec de la méthode et dont nous avons observé la guérison complète, en octobre-novembre 1938. Il s'agit d'une psychose hallucinatoire « chronique », diagnostic porté par MM. Lacan, Demay et nous-mêmes. Le début progressif remontait à deux ans. Hallucinations auditives, cénesthésiques, olfactives multiples, thème délirant bien systématisé, persécutif, érotomane et fantastique. La malade

dit être divorcée, être poursuivie par les « épreuves » d'un interne de la Clinique, qu'elle identifiait au fils de son médecin de ville ; vouloir sortir pour l'épouser. Le 16 octobre, elle se montre encore très hostile à son mari. Le 2 novembre, nous la voyons calme, la physionomie complètement modifiée, modeste, posée. Elle demande à sortir pour aller avec son mari. Elle va travailler aux ateliers. Le 19 novembre, elle nous avoue que « c'est la maladie qui lui a tout fait croire ». Après deux mois de permission d'essai, elle est sortie à titre définitif.

Nous croyons devoir signaler ce cas et poser la question des améliorations tardives, après cure de cardiazol, dans la psychose hallucinatoire chronique.

### Discussion sur le choc cardiazolique

M. LE GUILLANT. — En mon nom et au nom du D<sup>r</sup> Loo, je fais ces brèves observations sur trois points de la thérapeutique par le cardiazol.

I. — Au point de vue technique, dans le but d'éviter les injections non suivies de crises, si défavorables à la conduite de la cure, nous utilisons la strychnisation continue du malade ou les injections préparantes de camphre.

II. — Au point de vue des accidents, nous rapportons deux cas de fractures bilatérales du col du fémur imputables exclusivement aux contractures musculaires au cours de la crise. Il s'agissait de sujets alités depuis plusieurs années. A signaler en outre un collapsus cardiaque grave et un abcès du poumon survenu trois semaines après la terminaison de la cure.

III. — Quant à la valeur de la méthode, elle nous paraît très grande au point de vue thérapeutique : remarquables résultats dans les cas récents, action parfois surprenante, mais non durable dans les cas anciens. Les améliorations, même momentanées, chez les chroniques, permettent de ne pas les laisser retomber au même niveau de déchéance. La vie de certains services est ainsi véritablement transformée.

Mais un intérêt au moins aussi grand nous paraît résider dans la véritable expérimentation psycho-clinique que permet une thérapeutique aussi active. Les dissolutions partielles ou complètes, lentes ou rapides, du syndrome schizophrénique, suivies ou non du retour des troubles, constituent un champ d'observation incomparable. On a l'impression que les crises

convulsives « accrochent » véritablement le trouble fondamental des états schizophréniques.

Il nous paraît qu'à côté des données, en quelque sorte concrètes, apportées par les différents auteurs à la présente séance, il y aurait intérêt à voir s'instituer, à la lumière des faits nouveaux obtenus, une large discussion sur les grands problèmes psychopathologiques toujours posés par la démence précoce, et tout particulièrement sur la part respective des facteurs génétiques, biologiques et psychologiques, sur le point — si variable selon chacun — où passe la limite entre les symptômes des séries primaire et secondaire de la conception bleulérienne.

## II. SUR LA THÉRAPEUTIQUE PAR LE CHOC INSULINIQUE

### Contribution à la physiopathologie motrice du choc insulinaire, par MM. Henri Ey et Daniel COLOMB

Dès les premiers essais d'insulinothérapie, les observateurs se sont intéressés aux mouvements au cours du choc insulinaire. D'abord Sakel dans son livre (1935) et ici même M. Bersot (*A.M.P.*, 1936, II, p. 665) en ont donné des descriptions minutieuses. Le travail le plus important à notre connaissance est celui de L. V. Angyal (*Zeitschrift für d. g. Neuro. und Psych.*, 1937, tome 157, p. 55).

Nous nous sommes intéressés au comportement moteur de nos 30 malades en cure insulinaire et nous avons observé ainsi plus de 300 chocs comateux. C'est seulement à la longue, en accumulant les observations partielles, que nous sommes parvenus à nous faire une idée sur le déroulement cinétique du choc insulinaire. Les troubles moteurs varient beaucoup en effet d'un sujet à l'autre, et s'ils manifestent une certaine fixité chez le même individu, ils dépendent cependant et des doses et de l'accoutumance. Une autre condition importante de variation, c'est le fait de s'occuper de ces sujets. Si on leur parle, si on les remue, si simplement on les soumet à des investigations neurologiques, la richesse de la symptomatologie est plus grande, comme si les excitations extéroceptives l'accroissaient.

1° LA SUCCESSION DES PHASES DU COMPORTEMENT MOTEUR. — D'après Sakel, qui a spécialement étudié la période de réveil, la

restauration des fonctions motrices s'effectue progressivement en suivant l'ordre de différenciation croissante des fonctions psychiques. A l'aréflexie succèdent l'apparition de réflexes pathologiques, puis l'apparition des réflexes de déglutition et cornéens et enfin les mouvements complexes qui deviennent de plus en plus coordonnés. Le retour des perceptions, du langage et la prise de contact avec l'ambiance achèvent de reconstituer l'état normal.

M. Bersot a très bien décrit une série de troubles moteurs sans en fixer l'ordre chronologique, comme s'il s'agissait simplement d'une mosaïque de troubles dont il souligne les analogies avec les syndromes diencéphaliques.

Guyot (*Progrès Médical*, 1937), dans un excellent article, distingue trois phases : la phase d'accablement, la phase de défense et la phase de coma. Dans la première il a noté l'exagération des réflexes rotuliens. Dans la deuxième, il existe des syndromes purs et des combinaisons confuses de mouvements avec une tendance remarquable à se reproduire chez le même sujet.

L. V. Angyal a dégagé de l'ensemble des symptômes une certaine régularité d'évolution. C'est ainsi qu'il décrit une première phase avec excitation psychomotrice, moria, euphorie, irritabilité, etc..., d'une durée d'une heure et demie. Dans la deuxième phase, d'une durée d'une heure, la somnolence prédomine. La troisième période est caractérisée par les mouvements buccaux primitifs, les phénomènes de préhension forcée, l'apparition de troubles du tonus et des signes pyramidaux ; elle dure environ une heure et demie. Une quatrième phase est caractérisée par les crises toniques et les répartitions paradoxales du tonus ; elle dure également une heure. La cinquième, d'une durée encore d'une heure, est la phase de l'hyporéflexie et de la disparition des réflexes pathologiques. Enfin, le coma profond de durée variable constitue la sixième phase.

Liepmann (*Archives suisses de Neurologie*, 1937, t. L, p. 133) a surtout étudié les réflexes au cours de coma, mais sans donner de systématisation.

Olapsky (*Rocz. Psych.*, 1938) distingue lui aussi six phases : excitation motrice pseudo-spontanée — akinésie précoce — secousses cloniques — état tonique des fléchisseurs — état tonique des extenseurs — akinésie tardive et aréflexie.

D'après notre propre expérience, c'est l'ordre chronologique d'Angyal qui reproduit le plus exactement l'évolution des troubles. Nous avons pu constater d'ailleurs — avant même d'en avoir connaissance — le bien fondé d'un certain nombre de ses



observations. Après avoir examiné un grand nombre de chocs insuliniques, il nous a paru possible de tracer l'évolution générale des troubles moteurs en l'ordonnant en quatre phases. Précisons que ces phases ne se retrouvent pas toujours et dans tous les comas. Elles ne peuvent se dégager que de la superposition d'un assez grand nombre de cas. Souvent elles se trouvent toutes, ou chacune d'elles, raccourcies ou allongées et plus ou moins riches en manifestations motrices. Il arrive notamment que le choc insulinique soit de cinétique très pauvre et qu'il se borne à une phase de somnolence d'où le malade glisse peu à peu dans le coma. Ces réserves étant faites, le déroulement du cycle cinétique du choc insulinique nous paraît s'effectuer en quatre grandes phases : A) *La phase d'apathie et de somnolence* ; B) *La phase des états psychomoteurs* ; C) *La phase du comportement instinctif primitif* ; D) *La phase akinétique et de dissolution des fonctions réflexes*.

2° LE CYCLE CINÉTIQUE DU CHOC INSULINIQUE. — Nous répétons encore que c'est seulement la description d'un *schéma* que nous allons faire, nous réservant de publier avec leurs détails les observations de nos malades.

A) *Phase d'apathie et de somnolence*. — Cette phase correspond au « choc humide » et se caractérise par un état d'obnubilation psychique dont on trouvera d'excellentes descriptions dans les auto-observations médicales publiées par Josefa Wiedeking (*Zeitsch. f. d. g. Neuro. und Psych.*, 1937, tome CLIX, p. 445). C'est à cette période que paraissent se produire les troubles psycho-sensoriels étudiés par Benedek (*Action du choc insulinique sur la perception*, 1 vol., Berlin, 1935) et que cet auteur a rapprochés des troubles mescaliques. Nos malades étaient d'esprit trop fruste ou trop dissocié pour que nous ayons pu vérifier ces faits. Ces accès de stupeur et de somnolence durent dans les cas typiques une demi-heure ou une heure.

B) *Phase des états psychomoteurs*. — Elle débute en moyenne une heure après l'injection et se manifeste d'abord par un *syndrome d'excitation psychomotrice*. L'irritabilité, l'énervement, la turbulence, l'euphorie moriatique, parfois l'agitation désordonnée, le bavardage, l'érotisme, constituent les principaux traits de cette *excitation maniaque*. C'est la phase de « déblocage » psychique par excellence. — Ensuite s'installent les hyperkinésies complexes et tumultueuses de type *hystérique* et *catatonique*. Les arcs de cercle, les expressions passionnelles, le pathétisme, les clowneries, les mouvements de polichinelle, les impulsions à

grand effet sont caractéristiques. On peut parfois noter des traits étonnants de suggestibilité. Plus cette phase dure et les mouvements se stéréotypent, plus le tableau rappelle celui de l'agitation catatonique itérative maniérée. Il n'est pas rare de voir à cette phase tel malade présentant quelques troubles catatoniques exagérer son comportement dans ce sens (éclats de rire, stéréotypies, grimaces, impulsions, etc...).

C) *Phase du comportement instinctif primitif*. — Vers la troisième heure généralement s'installe, avant l'entrée dans la phase comateuse, une phase de régression assez brusque et profonde de la motilité vers son type le plus primitif correspondant à peu près au comportement du nouveau-né. Les mouvements sont maladroits à forte composante tonique. Le « gigotement » des membres, les cris spasmodiques, la régression du langage, l'instabilité du tonus de soutien de la tête, l'hyperflexion des doigts, l'apparition de mouvements buccaux primitifs (suctions, moues, baisers, protrusion de la langue), la préhension continue à tous les objets à leur portée, l'attitude de « sucer le pouce » sont autant de traits caractéristiques de ce « *comportement bébé* ». On retrouve à cette phase des accidents qu'il n'est peut-être pas sans intérêt de rapprocher de la pathologie infantile, notamment les convulsions et les spasmes de la glotte ; le gâtisme s'observe fréquemment. En même temps les phénomènes pyramidaux (hyperflexivité, Babinski, clonus-parésies) s'affirment et prédominent d'un côté, celui sur lequel le sujet est en décubitus latéral, en général. C'est le côté droit qui est le plus souvent atteint. Le comportement moteur primitif prédomine par contraste sur le côté le moins paralysé.

D) *Phase akinétique et de dissolution des fonctions réflexes*. — Le coma s'installe vers la quatrième heure, la respiration devient stertoreuse, le sujet s'immobilise, il est anesthésique, inconscient, c'est alors que se manifestent avec intensité les troubles des réflexes et du tonus jusque-là fugaces et n'occupant pas le premier plan du tableau clinique. La motilité est faible et décomposée. Les répartitions paradoxales du tonus (la répartition croisée signalée par Angyal, la prépondérance des attitudes d'extension signalée par Opalsky), les spasmes toniques des extrémités, la tendance à l'enroulement des membres et du tronc autour de leur axe, les myoclonies, constituent les troubles fondamentaux du tonus jusqu'au moment où s'installe une hypotonie généralisée.

Les réflexes ostéo-tendineux s'affaiblissent après leur vivacité initiale, mais il est rare de les voir disparaître complètement. Le réflexe achilléen paraît être le plus résistant. Les réflexes cutanés subissent des modifications importantes. Les abdominaux disparaissent assez rapidement. *Quant au réflexe cutané plantaire*, il s'effectue en extension (dès la deuxième phase de choc généralement). Mais on peut voir, à cette phase, survenir d'autres modifications. L'extension de l'orteil est très rapide, elle s'accompagne fréquemment, non seulement de « l'éventail des orteils », mais d'un mouvement très accentué et rapide de *triple retrait* des membres inférieurs. Ce qui nous a le plus frappé c'est, dans certains cas, *l'extension de la zone réflexogène* qui, progressivement, gagne toute la surface cutanée du membre inférieur ; de telle sorte qu'à un certain moment, le pincement de la peau au niveau de la racine du membre (spécialement dans la face autéro-externe) provoque immédiatement un vif mouvement de triple retrait avec extension de l'orteil. Jamais nous n'avons pu provoquer ces mouvements réflexes soit par excitation contro-latérale, soit par excitation cutanée au-dessus de l'arcade crurale. — Les réflexes de Rossolimo et de Mendel-Bechterew nous ont paru très rares et leur excitation spécifique est restée le plus souvent sans réponse aucune.

Quant à la phase de réveil, elle s'effectue généralement beaucoup plus rapidement. Notamment, la concentration de la zone réflexogène du cutané plantaire à sa place normale se fait avec une très grande rapidité. La *réévolution* des fonctions motrices brûle les étapes et se fait, en général, en vingt minutes ou en une demi-heure, parfois moins. On peut voir cependant certains malades « s'accrocher » plus ou moins longtemps à ces phases de restauration correspondant à l'une ou l'autre phase de la dissolution, soit au stade du comportement instinctif, soit à la phase des états psychomoteurs. On voit même des malades qui ont « glissé » dans le coma sans manifestations cinétiques les présenter seulement à la phase de réveil.

3° La « PRÉHENSION FORCÉE ». — On sait que le « forced Grasping », décrit par Preyer et Joinschewski il y a déjà longtemps (1909), a fait l'objet d'études spéciales : Critschley (*Brain*, 1927), Walshe et Robertson (*Brain*, 1933), Fulton (*Archiv. of Neuro.*, 1934), ont insisté sur la valeur de la localisation frontale de ce signe. Ici même, récemment, M. Dide et Petit (*A.M.-P.*, 1937, I, p. 653) ont mentionné également le bien-fondé de cette localisation. Cependant Kleist, dans sa « *Gehirnpathologie* » (p. 984,

p. 1.135 et p. 1.138), parle de ce phénomène comme d'un symptôme « pseudo-frontal » et il en fait un signe de localisation différente, spécialement diencephalique... Angyal fait grand état, dans son étude, de ce « réflexe de préhension » (Greifreflex ou Zwangsgreifen). Nous avons noté comme lui (et avant d'avoir pris entièrement connaissance de son travail) que la « préhension forcée » est beaucoup plus nette au membre le moins atteint et le moins parésié. — Cette manifestation motrice nous paraît constituer plutôt un véritable comportement qu'un simple mouvement réflexe. Les malades, en effet, s'agrippent à tout ce qui les entoure : ils serrent les barreaux du lit, empoignent les draps, s'emparent des objets, se prennent les cheveux, ou une partie quelconque de leur corps, ils s'accrochent à tout. En même temps, se manifestent les mouvements buccaux primitifs, de succession. Tous ces mouvements sont analogues au comportement instinctif primitif du nourrisson qui prend et accroche tout ce qui est à sa portée, qui s'en empare et le porte à sa bouche pour le sucer. Ses mouvements sont le plus souvent bilatéraux et s'ils ne le sont pas toujours, s'ils ne se montrent parfois que d'un côté, c'est que déjà l'autre côté est parésié, explication qui nous paraît évidente du phénomène de préhension contro-latérale.

4° LES VARIATIONS DU RÉFLEXE CUTANÉ PLANTAIRE. — Au cours des deux premières phases de choc, le signe de Babinski peut se rencontrer, mais il est variable et notamment disparaît dès que les malades font des mouvements expressifs de la face ou des membres supérieurs. A la phase du comportement instinctif primitif, il se produit également, dans les phases intercalaires, des mouvements. C'est au stade akinétique et des troubles réflexes que se manifeste spécialement le phénomène de *l'extension de la zone réflexogène*. Elle gagne progressivement le cou-de-pied, la surface cutanée antéro-externe de la jambe, puis de la cuisse. Ce phénomène, que nous avons pu voir avec une exceptionnelle netteté chez une de nos malades, illustre de la manière la plus saisissante la régression onto et phylogénique à laquelle correspond le signe de Babinski. On connaît les travaux de Charles Foix, de Bersot, de Tournay et spécialement ceux de Mieicislas Minkowski (de Zurich) (1), sur les diverses

(1) Charles Foix. — L'automatisme médullaire ; questions neurologiques d'actualité, 1922. — BERSOT. *Archives suisses de Neurologie*, 1921 et 1923. — TOURNAY. Rapport sur le signe de Babinski. *Congrès de Genève*, 1926. — M. MINKOWSKI. *L'état actuel de l'étude des réflexes* (que l'un de nous a traduit

phases d'évolution de ces réflexes que la pathologie fait réapparaître... Les travaux de M. Minkowski ont démontré que le caractère de diffusion était un caractère fondamental de la motilité réflexe du fœtus. Le mouvement de triple retrait avec extension de l'orteil est un « réflexe court », un « réflexe en flexion » du membre caractéristique de la phase fœtale précoce. Tout se passe donc comme si, dans le choc insulinaire aboutissant au coma, la motilité réflexe, avant de disparaître complètement (ce qui est rare), régressait vers un type très archaïque des mouvements réflexes, de telle sorte qu'une excitation quelconque des membres inférieurs produit un de ces réflexes caractéristiques de la vie fœtale dont l'extension de l'orteil n'est qu'un fragment.

5° DISSOLUTIONS UNIFORMES ET DISSOLUTIONS PARTIELLES DES FONCTIONS MOTRICES. — LE PROBLÈME DE LA LOCALISATION NERVEUSE DU PROCESSUS INSULINAIRE. — Les fonctions motrices qui s'intègrent chez l'homme, dans les comportements d'adaptation et d'expression de la vie de relations sont distribuées en deux étages : les fonctions *sensori-motrices réflexes*, de base, intégrées dans les structures nerveuses et les *comportements* intégrés dans le développement instinctivo-affectif de la personnalité.

Les dissolutions des comportements entraînent une série de *niveaux de comportement pathologique*, se présentant comme des dissolutions uniformes de l'activité psychique, c'est-à-dire comme des régressions globales de la réactivité psycho-motrice. Tel est le cas de ces syndromes psychomoteurs de type maniaque hystérique ou catatonique, dans la deuxième phase de choc insulinaire. Tel est encore le comportement instinctif primitif type « bébé » que l'on observe au cours de la troisième phase. Il s'agit, en fait, de comportements, c'est-à-dire d'un ensemble de mouvements complexes ordonnés par rapport à une expression instinctivo-affective, comme le jeu, le pathétisme, le maniérisme, le négativisme, etc... où il est inutile de vouloir isoler et analyser tel mouvement particulier.

*Les dissolutions des fonctions sensori-motrices*, qui règlent le régime des réflexes et la répartition du tonus, se présentent comme des dissolutions « en mosaïque » partielles qui désintègrent l'harmonie et la différenciation des mouvements des divers segments du corps, de telle sorte que lorsque tout l'appareil



reil de régulation psychique a disparu (à la troisième phase), on n'observe plus que des troubles proprement neurologiques ou de « dissolutions isolées » de fonctions partielles. L'étude de ces mouvements particuliers de type réflexe est ici très importante.

*Le processus insulinique est, à cet égard, semblable à tous les autres mécanismes de dissolution des fonctions nerveuses.* L'analogie avec l'action des poisons neurotropes est particulièrement frappante (ivresses toxiques, anesthésie générale, etc...). Le type cinétique de ces divers processus est superposable dans leurs grandes lignes. Seules quelques modalités, et surtout la différence de vitesse de l'action dissolvante des fonctions motrices, permettent de les différencier. A cet égard, le propre du processus insulinique paraît être, dans ses formes les plus typiques, de constituer une dissolution « *au ralenti* » des fonctions motrices.

Si maintenant — en nous plaçant dans une toute autre perspective — nous nous demandons *à quelle localisation cérébrale correspond le processus*, nous allons tout naturellement nous trouver disposés à traduire, en termes anatomiques, ce que l'analyse biogénétique vient de nous apprendre. Nous pourrions dire que les fonctions les plus élevées étant atteintes les premières, ce sont les centres supérieurs qui sont le siège du processus. Selon que, pour nous, ces centres seront ou le lobe frontal ou les formations diencéphaliques, nous pourrions supposer que le processus est localisé d'abord dans le lobe frontal ou les formations de la base. Mais, en raison du caractère purement hypothétique de telles spéculations, nous n'osons pas nous y aventurer. Pour Angyal, c'est à la pathologie frontale que l'ensemble des troubles psycho-moteurs fait penser et tout se passerait d'après lui comme si le choc insulinique traduisait l'atteinte primitive et primordiale des fonctions dévolues au lobe préfrontal. Cela est parfaitement possible et ne serait pas en contradiction avec l'analyse structurale que nous poursuivons, puisque l'atteinte d'un « centre supérieur » de l'activité psychique, quel qu'il soit et où qu'il soit, ne peut produire qu'une dissolution uniforme. Telles sont les observations et remarques que nous a inspirée l'étude du cycle cénétique de choc insulinique. Nous nous réservons d'ailleurs de les approfondir et, si les faits l'exigent, de les modifier.

**Observations d'insulinothérapie (30 cas),  
par MM. Henri Ey, D. COLOMB et BERNARD**

C'est le matériel de dix-huit mois d'insulinothérapie selon Sakel que nous rapportons ici : soit 30 malades traités. Sur ce nombre, six malades sont actuellement en traitement.

La *technique* utilisée se rapproche de celle de Müller. Elle est très simplifiée et consiste dans l'injection sous-cutanée d'insuline, à 7 heures du matin, chez le patient à jeun. En commençant à 15 unités et en progressant de 5 unités par jour on trouve la dose optima du coma après être passé par une série de chocs humides. Quatre à cinq heures d'hyperglycémie. Ingestion par la sonde nasale de 200 gr. de glucose. Un jour de repos par semaine. La durée moyenne de chaque traitement est de 42 jours (le plus long : 102 jours ; le plus court : 9 jours). Le nombre moyen de comas par malade s'élève à 12 (30 et 1 étant les extrêmes), la dose moyenne d'insuline pour obtenir ces comas étant de 80 unités (130 et 30 sont ici les extrêmes). Nous avons ainsi utilisé plus de 52.000 unités d'insuline, soit une moyenne de 2.000 unités par malade. La méthode des zigzags de v. Braunmühl a permis d'obtenir, dans un cas, un coma avec une dose antérieurement inefficace ; mais elle n'a pas rendu possible l'abaissement de la dose quotidienne d'insuline. Enfin, chez deux de nos malades, la « coramine » a rendu de grands services en permettant la continuation du traitement en dépit de troubles cardiaques légers.

Nous n'avons eu à déplorer aucun accident grave. Les 27 crises épileptiques observées ont été facilement jugulées par l'adrénaline et le glucose. Il en est de même des spasmes glottiques qui cèdent instantanément à l'adrénaline. Dans un cas seulement, nous avons été appelé pour une rechute de coma, au courant de l'après-midi. Chez un malade, nous avons été transitoirement gêné par des vomissements incoercibles survenant à la quatrième heure ; ils ont disparu par l'ingestion préventive de sulfate d'atropine. Bref, à aucun moment nous n'avons eu l'impression qu'il s'agissait d'une méthode dangereuse, le choc pouvant se doser et se diriger avec précision.

Voici très brièvement les protocoles de nos 30 malades qu'on a divisés en deux groupes : 20 cas de démence précoce et 4 cas du groupe mélancolique à évolution chronique — et 6 malades en cours de traitement.

## I. GROUPE DES ÉTATS DE DÉMENCE PRÉCOCE

Dans ce premier groupe, on distingue les évolutions d'une durée inférieure à 6 mois (1 cas), celles de 6 à 18 mois (4 cas) et enfin celles ayant plus de 18 mois (15 cas).

I. *Evolutions inférieures à 6 mois.* — OBSERVATION 1. — R. M., 31 ans, schizophrène. Traité du 28-2-1939 au 17-3-1939. Premier choc à 60 unités. Premier coma à 125 unités. Six comas. Deux crises épileptiques. Excellente rémission, mais d'une durée de deux mois seulement (1).

II. *Evolution de 6 à 18 mois.* — OBS. 2. — R. S., 25 ans. Hébéphrénocatatonie. Traité du 28-2-1939 au 17-3-1939. Premier choc à 60 unités. Premier coma à 125 unités. Six comas. Deux crises épileptiques. Très légère amélioration fugace (1).

OBS. 3. — O. D., 23 ans 1/2. Dissociation schizophrénique chez une débile. Traitée du 30-11-1937 au 2-2-1938. Premier choc à 70 unités. Premier coma à 120 unités. Trente comas. Une crise épileptique. Amélioration toute transitoire au début du traitement.

OBS. 4. — V. V., 24 ans. Hébéphrénocatatonie. Premier traitement du 28-1-1938 au 24-3-1938. Premier choc à 45 unités. Premier coma à 120 unités. Amélioration légère qui ne se maintient pas et nécessite un deuxième traitement du 27-6-1938 au 11-8-1938. Premier choc à 60 unités. Premier coma à 110 unités. Onze comas. Aucune amélioration.

OBS. 5. — H. M., 16 ans. Discordance schizophrénique. Traitée du 27-6-1938 au 12-8-1938. Premier choc à 45 unités. Premier coma à 50 unités. Sept comas. Huit crises épileptiques. Rémission éloignée. Sortie.

III. *Evolution de plus de 18 mois.* — OBS. 6. — E. B., 37 ans. Schizophrénie paranoïde. Début 1936. Traitée du 1-10-1938 au 30-10-1938. Premier choc à 35 unités. Premier coma à 95 unités. Six comas. Aucune amélioration.

OBS. 7. — V. C., 19 ans. Hébéphrénocatatonie. Traitée du 27-6-1938 au 6-8-1938. Premier choc à 45 unités. Premier coma à 80 unités. A 110 unités, à la sortie de l'hypoglycémie, nous avons assisté au déblocage de cette malade mutiste. Après chaque injection de glucose, amélioration analogue qui subsiste une heure. Après alternative de rémissions et de rechutes, la malade est sortie très améliorée.

(1) Ces deux observations ont été prises dans le service du Dr Sengès qui a bien voulu nous permettre de les communiquer. Nous l'en remercions vivement.

OBS. 8. — B. S., 34 ans. Schizophrénie à début en 1936. Traitée du 19-9-1938 au 17-10-1938. Premier choc à 25 unités. Premier coma à 45 unités. Quatorze comas. Aucune modification.

OBS. 9. — B., 34 ans. Stupeur catatonique. Début : 1935. Traitée du 27-6-1938 au 6-8-1938. Premier choc à 45 unités. Premier coma à 80 unités. Dix-huit comas. Aucune modification (traitée ultérieurement par le cardiazol avec succès, mais rechute à ce jour).

OBS. 10. — C. G., 34 ans. Incohérence schizophrénique. Début : 1934. Traitée du 19-9-1938 au 21-10-1938. Premier choc à 15 unités. Premier coma à 95 unités. Quatre comas. Aucune amélioration.

OBS. 11. — R. L., 59 ans. Schizophrénie tardive à fonds mélancolique. Début : 1934. Traitée du 7-2-1938 au 24-3-1938. Premier choc à 40 unités. Premier coma à 45 unités. Vingt-cinq comas. Aucune amélioration.

OBS. 12. — M. M., 32 ans. Psychose discordante à forme paranoïde. Traitée du 28-1-1938 au 24-3-1938. Premier choc à 40 unités. Premier coma à 40 unités. Vingt-huit comas. Aucune amélioration.

OBS. 13. — A. G., 42 ans. Stupeur catatonique. Début : 1933. Premier traitement du 6-2-1938 au 15-2-1938. Premier choc à 40 unités. Premier coma à 50 unités. Deux comas. Deuxième traitement du 27-6-1938 au 4-7-1938. Premier choc à 30 unités. Premier coma à 35 unités. Un coma. Troisième traitement du 28-7-1938 au 12-8-1938. Premier choc à 40 unités. Premier coma à 50 unités. Rémission dès le premier traitement, mais non maintenue. Travaille actuellement.

OBS. 14. — B. M., 29 ans. Hébéphréno-catatonie chez une débile. Début : 1933. Traitée du 21-11-1937 au 24-1-1938. Premier choc à 20 unités. Quarante chocs dont quatorze précomas. Résultats nuls.

OBS. 15. — G. G., 25 ans. Catatonie. Début : 1932. Traitée du 19-9-1938 au 30-10-1938. Premier choc à 40 unités. Premier coma à 110 unités. Cinq comas. Résultats nuls.

OBS. 16. — V. G., 30 ans. Catatonie. Début : 1930. Traitée du 6-12-1937 au 24-1-1938. Premier choc à 30 unités. Premier coma à 100 unités. Vingt-cinq comas. Une crise épileptique. Aucune amélioration.

OBS. 17. — D. F., 35 ans. Schizophrénie. Début : 1929. Traitée du 19-9-1938 au 30-10-1938. Premier choc à 30 unités. Premier coma à 95 unités. Dix-huit comas. *Statu quo*.

OBS. 18. — F. J., 38 ans. Catatonie. Début : 1926. Traitée du 15-12-1937 au 6-2-1938. Premier choc à 60 unités. Premier coma à 70 unités. Vingt-sept comas. Déblocage partiel après le glucose. *Statu quo final*.

OBS. 19. — B. H., 30 ans. Catatonie. Début : 1925. Traitée du 29-11-1937 au 24-2-1938. Premier choc à 40 unités. Premier coma à 70 unités.

Vingt-sept comas. Sept crises épileptiques. Rémission légère qui ne se maintient pas.

OBS. 20. — L. Y., 40 ans. Discordance sur fonds de débilité. Début : 1918. Traitée du 27-6-1938 au 1-8-1938. Premier choc à 20 unités. Premier coma à 80 unités. Cinq comas. *Statu quo*.

## II. GROUPE DES ÉTATS MÉLANCOLIQUES A ÉVOLUTION CHRONIQUE

OBS. 21. — L., 51 ans. Etat mixte à prédominance d'anxiété. Début : 1928. Traitée du 7-3-1938 au 16-3-1938. Premier choc à 25 unités. Deux précomas. Amélioration. Sortie ultérieure.

OBS. 22. — F., 50 ans. Maniaco-dépressive. Début : 1937. Traitée du 30-9-1938 au 26-10-1938. Premier choc à 30 unités. Premier coma à 100 unités. Trois comas. Amélioration légère.

OBS. 23. — D. M., 51 ans. Mélancolie d'involution. Traitée du 20-2-1938 au 24-3-1938. Premier choc à 45 unités. Premier coma à 80 unités. Huit comas. Deuxième traitement du 5-7-1938 au 27-7-1938. Premier choc à 40 unités. Premier coma à 55 unités. Six comas. *Statu quo*.

OBS. 24. — S. M., 36 ans. Mélancolie. Début : 1935. Traitée du 4-2-1938 au 5-3-1938. Premier choc à 15 unités. Premier coma à 30 unités. Dix comas. Quatre crises épileptiques. Décédée (observation rapportée à la S.M.P.).

— Actuellement, six malades sont *en traitement* :

OBSERVATION 1. — S. H., 38 ans. Désagrégation schizophrénique. Début : 1937. Traitement commencé le 24-4-1939. Premier choc à 45 unités. Aucune modification à ce jour.

OBS. 2. — P. J., 17 ans. Hébéphréno-catatonie sur fonds de débilité. Début : 1937. Traitée depuis le 24-4-1939. Premier choc à 45 unités. Premier coma à 75 unités. Treize comas. Grande amélioration.

OBS. 3. — C. L., 26 ans. Hébéphréno-catatonie. Début : 1934. Traitée depuis le 24-4-1939. Premier choc à 45 unités. Premier coma à 60 unités. Neuf comas. Une amélioration semble se dessiner dès maintenant.

OBS. 4. — W. H., 25 ans. Hébéphréno-catatonie. Début : 1933. En traitement depuis le 24-4-1939. Premier choc à 60 unités. *Statu quo*.

OBS. 5. — M. Y., 27 ans. Débilité avec éléments de discordance. Début : 1931. Traitée depuis le 24-4-1939. Premier choc à 90 unités. Pas de changement.

OBS. 6. — H., 38 ans. Hébéphréno-catatonie. Début : 1923. Traitement commencé.



L'observation de ces différents malades nous a suggéré quelques remarques qui intéressent principalement la *courbe de température*. Dans une certaine mesure, l'allure de la température laisse soupçonner le déroulement d'un choc : une baisse peu marquée de la température est en faveur d'une tendance convulsivante du sujet (secousses convulsives, voire crises épileptiques franches) ; dans ce cas, le pouls accéléré (déjà signalé par Teenstra) est un bon signe associé. Par contre, une hypothermie très nette est concomitante d'un coma profond et calme ; la plus basse température que nous ayons observée a été de  $31^{\circ}2$  (pour 95 unités. Cas n° 17) ; deuxième fait : après l'ingestion de glucose, la température continue à baisser de quelques dixièmes. Enfin, au fur et à mesure que le nombre des chocs progresse, l'hypothermie, à quantités égales d'insuline, est de moins en moins accentuée.

Les autres actions de l'insuline ont été abondamment décrites et commentées. Nous insisterons sur l'augmentation de l'embonpoint et l'amélioration de l'état général qui pourrait être un facteur de rémission. Nous signalerons chez une malade (cas n° 19) une aménorrhée qui a cédé ultérieurement à l'opothérapie hypophyso-ovarienne.

Il ne nous reste qu'à résumer les *résultats mentaux*. Nous nous sommes attachés à dessein à traiter presque exclusivement des *cas chroniques*, seuls offrant une garantie de diagnostic et seuls capables de renseigner sur l'efficacité effective d'une méthode. Ces résultats sont bien décevants ! Sur nos 24 cas traités en 1937 et 1938 :

Une excellente rémission, pendant deux mois (cas n° 1). Evolution inférieure à six mois. Type démence paranoïde.

Une bonne rémission (cas n° 5). Evolution de moins de 18 mois ; malade sortie depuis cinq mois. Type paranoïde.

Une bonne rémission qui ne s'est pas maintenue (cas n° 13). Evolution supérieure à 18 mois. Type stupeur catatonique.

Quatre améliorations : n° 7 évoluant depuis plus de 18 mois (hébéphrénocatatonie) ; n° 19 évoluant depuis 13 ans (hébéphrénocatatonie) ; n° 21 et n° 22 évoluant depuis 2 ans (type mélancolique à évolution chronique).

Dix-sept cas constituent un échec total de la thérapeutique.

Enfin, parmi nos malades en cours de traitement, une paraît très améliorée (n° 2) et une autre améliorée (n° 3).

Les résultats positifs se sont affirmés dès les premiers chocs ; il nous apparaît inutile de poursuivre trop longtemps un traitement aussi dispendieux.

L'insulinothérapie selon Sakel demeure un traitement onéreux et absorbant, réclamant des conditions spéciales de réalisation, un personnel très averti et une surveillance médicale constante. Elle n'a pas été récompensée dans notre service par un pourcentage élevé de guérisons. Cependant, nous estimons nécessaire de poursuivre ces traitements sur une grande échelle pour que puisse se former une opinion que notre expérience ne suffirait pas à justifier.

**Quelques réflexions sur l'insulinothérapie,**  
par MM. POROT, BARDENAT et LÉONARDON

La diffusion actuelle du traitement par les hautes doses d'insuline en psychiatrie et l'innocuité relative de telles agressions permettent à l'observation deux séries de constatations intéressantes : 1° les unes purement cliniques, concernant les résultats thérapeutiques ; 2° les autres d'ordre biologique, concernant les phénomènes humoraux et leur corrélation avec certaines manifestations cliniques.

C'est sous ces deux angles que nous nous sommes intéressés à la méthode de Sakel, à la Clinique Psychiatrique de l'Université d'Alger.

Notre expérience de l'insulinothérapie ne porte encore que sur un petit nombre de cas (12 malades avec 130 comas complets de novembre 1937 à mai 1939). Mais il nous a été possible de les suivre de très près et de faire quelques notations que nous rapportons ici.

*Choix des malades.* — Nos malades étaient-ils tous schizophrènes ? On sait combien ce diagnostic est délicat.

Pour plusieurs de nos malades anciens, le diagnostic était contresigné par l'évolution de la maladie avant d'entreprendre ce traitement (3 cas).

Pour le plus grand nombre, pris au premier stade de leur affection, il s'agissait, soit de psychoses aiguës (7 cas) banales d'apparence (psychopathies anxieuses, états confusionnels) ou psychoses de type périodique, mais avec prédisposition nette, qui, dans les deux cas, évoluèrent franchement par la suite vers la schizophrénie, soit de psychopathies qui, bien qu'aiguës, avaient d'emblée la marque dissociative (2 cas).

A quelque groupe qu'ils appartiennent, dans chacun de ces cas, l'indication du traitement a été fixée par la constatation de quel-

*que symptôme discordant auquel nous accordions la valeur d'un signe d'alarme.*

*Résultats.* — Dans tous les cas ou presque, l'équilibre pondéral du malade s'est trouvé modifié par un engraissement rapide et parfois considérable ; le sommeil a été régularisé.

Du point de vue clinique, les premiers résultats furent quelquefois brillants (6 cas). Ils allèrent jusqu'à la reprise d'une existence sociale normale dans 3 cas. Mais nous devons avouer qu'ils ne se maintinrent pas longtemps.

Les résultats paraissent surtout consister dans la sédation des phénomènes anxieux, le réveil de l'intérêt pour l'ambiance, la disparition des signes de barrage de la volonté, bref un meilleur comportement global. On pouvait croire le malade guéri. Mais une rechute survenait rapidement.

Un de nos malades, deux fois traité, deux fois guéri en apparence, vient de rentrer pour la troisième fois dans le service.

Mais les échecs complets ne manquent pas, soit qu'ils se trouvent directement liés à l'*insulino-résistance* (3 cas), soit qu'il s'agisse d'une formule mentale où les facteurs psychologiques ou les constructions aberrantes de l'esprit n'aient pas de substratum organique.

Peut-on dégager, en cours de traitement, des prévisions de succès ? Le critère qui nous paraît avoir le plus de constance est l'apparition de modifications favorables dès les premiers chocs (calme, retour à la lucidité, apaisement de l'anxiété).

*Considérations pratiques.* — Ce traitement ne nous a pas paru particulièrement dangereux si l'on a soin de ne pas s'adresser à des sujets en trop mauvaise condition physique et de ne pas chercher dans la profondeur du coma une intensité d'action plus grande. Nous pensons que le coma-limite est suffisant.

Les incidents les plus sérieux contre lesquels nous eûmes à lutter furent les spasmes pharyngés à l'occasion du sondage nasal ; nous l'évitâmes en injectant un demi ou un centigramme de morphine un quart d'heure avant le sondage.

Un point de technique qui a retenu notre attention est l'agitation parfois très violente de la phase précomateuse. Nous avons observé plus d'une fois, que certains malades, déjà améliorés, faisaient, à ce moment, comme une synthèse caricaturale, un raccourci exaspéré de leurs symptômes expressifs, les révélant en quelque sorte, alors qu'ils pouvaient être déjà estompés ou cachés. Ces troubles peuvent parfois devenir extrêmement pénibles pour le malade et le personnel. C'est ce qui nous a amené,

pour résoudre partiellement cette question, à la pratique de l'*injection intraveineuse de l'insuline*. Nous avons publié récemment (1) le résultat de cette pratique qui ne modifie pas les résultats finals ou les courbes humérales dans leur ensemble, mais qui a l'avantage de raccourcir notablement la période pénible du traitement.

*Réactions cliniques.* — Chaque malade fait des réactions suivant une formule personnelle.

Il y a des discordances cliniques singulières.

D'abord sur les doses ; le seuil nécessaire au coma est extrêmement variable, de 50 à 300 unités. Encore est-il qu'il y a des malades véritablement insulino-résistants. Nous en reparlerons.

Nous avons noté chez les malades anciens une plus grande résistance à l'insuline et une plus grande aptitude aux crises convulsives.

Certains malades font des accidents graves d'hypothermie et de collapsus circulatoire sans aller jusqu'au coma. Une de nos malades, avec des doses de 70 à 80 unités, faisait des températures extrêmement basses (34° et même une fois 33°9) avec un pouls ralenti (40) et un état lipothymique qui se prolongeait plusieurs heures. Une seule fois elle eût quelques secousses des extrémités. Mais elle put toujours boire son eau sucrée.

*Réactions humérales.* — Chez quelques malades, nous nous sommes appliqués à suivre la courbe glycémique heure par heure.

Quelques points paraissent établis :

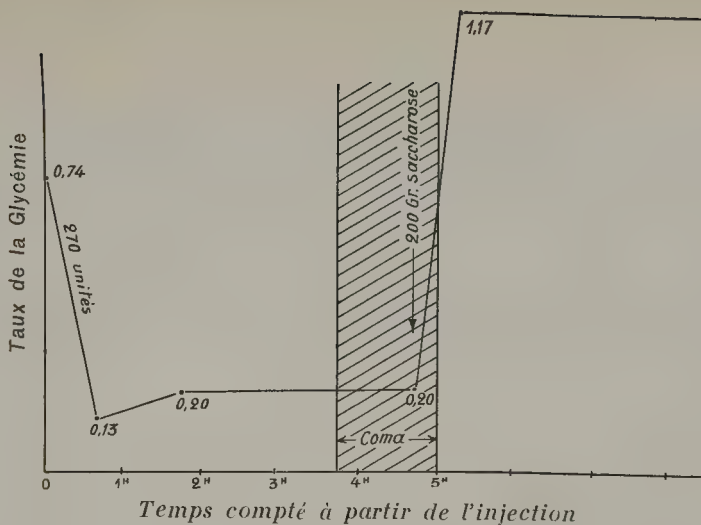
a) la courbe hypoglycémique est identique pour chaque malade à chaque séance efficace ;

b) il y a très souvent une hyperglycémie réactionnelle après l'injection de sucre ; nous avons vu monter la courbe jusqu'à 1 gr. 76 ;

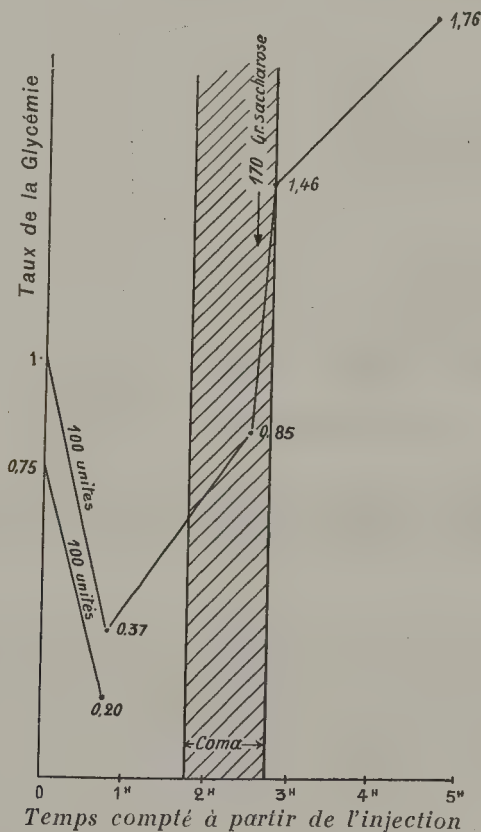
c) la chute glycémique est la même quelle que soit la voie d'injection (sous-cutanée ou intra-veineuse) ; mais elle est beaucoup plus rapide par la voie intra-veineuse et le point le plus bas est atteint au bout d'une heure, parfois d'une demi-heure.

*Insulino-résistances.* — L'un de nous a présenté avec Sutter, au Congrès des Aliénistes d'Alger, l'an dernier, l'intéressante observation d'une jeune fille (démence précoce à marche rapide) qui a pu recevoir d'un coup jusqu'à 300 unités d'insuline sans avoir présenté aucune réaction notable. Non seulement il n'y

(1) BARDENAT et LÉONARDON. — L'insulinothérapie endoveineuse. *Annales Médico-Psychologiques*, février 1939, p. 220.



Courbe glycémique (injection intraveineuse : 280 unités). Chute verticale de la glycémie à 0,13 en une demi-heure (malade Ch...).

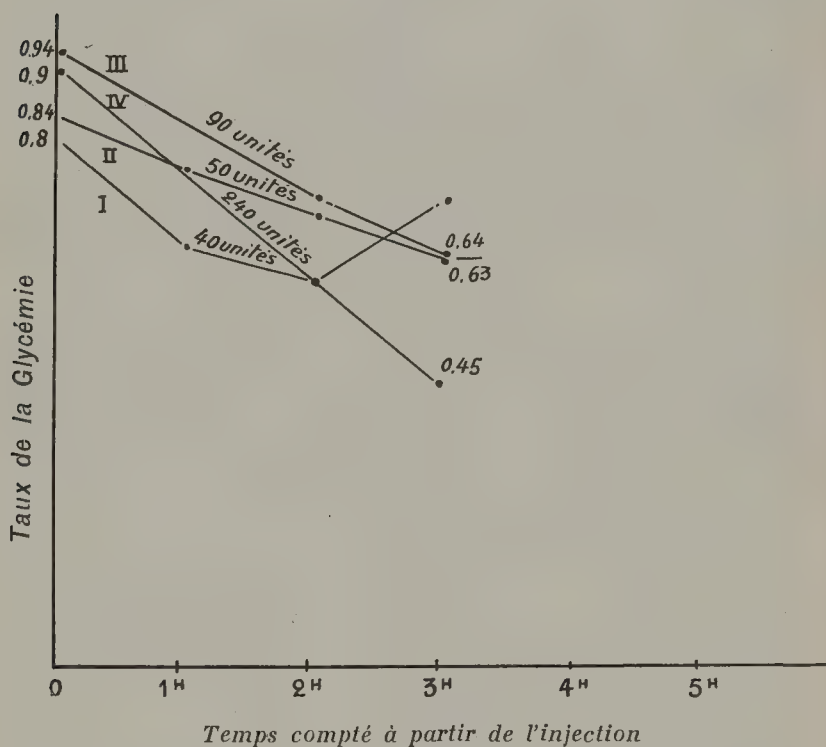


Courbes glycémiques chez un malade ayant reçu 100 unités par injection intraveineuse. Remarquer l'hyperglycémie réactionnelle (malade Han...).



eut pas de coma, mais il n'y avait pas le moindre malaise, pas de somnolence, pas la moindre sensation de faim ou de soif, pas de sudation. Température, pouls, pression sont restés invariables.

Le taux même de la glycémie était peu influencé et n'est jamais descendu au-dessous de 0,45 avec ces doses de 300 unités.



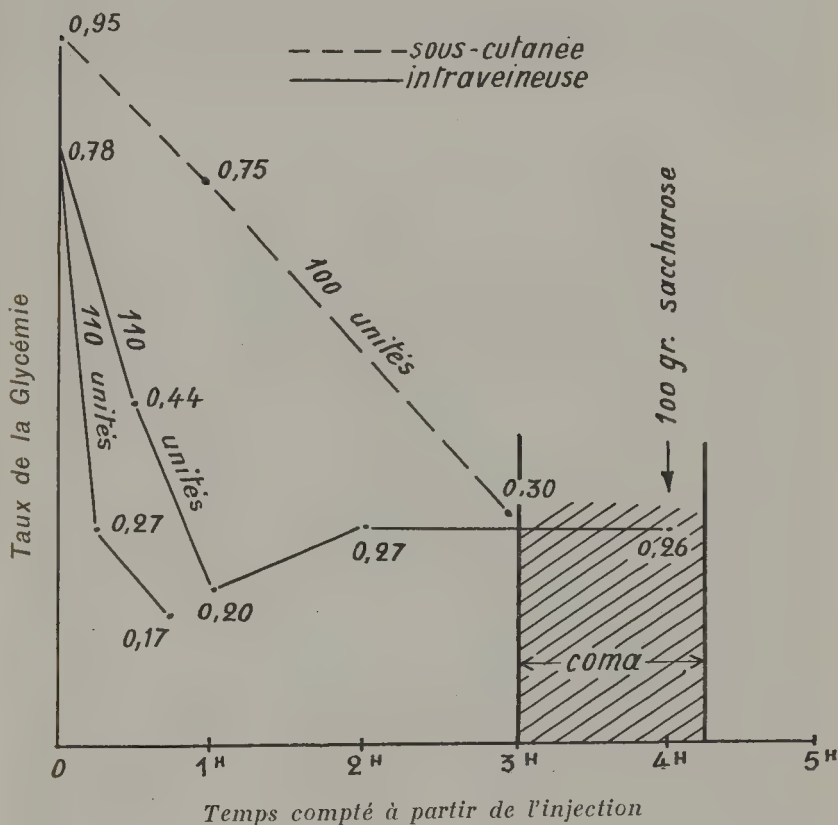
Courbes glycémiques chez une malade *insulino-résistante* après injection sous-cutanée de doses variant entre 40 et 240 unités (on a même poussé jusqu'à 300 unités). La glycémie (à 240 unités) ne s'est pas abaissée au-dessous de 0,45 (malade F... Henriette).

Depuis, nous avons eu deux malades chez lesquels il a fallu porter les doses d'insuline intra-veineuse respectivement à 200 et 250 unités, car la voie empruntée pour l'injection est sans effet sur le phénomène.

L'un d'eux n'eut aucune manifestation clinique : la force musculaire à l'ergographe n'était même pas diminuée. Mais nous

n'osâmes poursuivre la progression des doses d'insuline, la glycémie étant tombée à 0,17 au bout d'une demi-heure.

Chez l'autre, il fallut arriver à 250 unités (intra-veineuses) pour obtenir quelques comas.



Courbes glycémiques comparatives chez un malade ayant reçu 110 unités, alternativement par voie sous-cutanée et par voie intraveineuse. Le point d'arrivée est le même ; mais la chute est beaucoup plus « verticale » par voie intraveineuse (malade Y...).

Dans les trois cas, le résultat clinique fut nul ou à peu près.

L'insulino-résistance n'est donc pas toujours identique à elle-même. On pourrait dire qu'il y a des insulino-résistances *totales*, à la fois humorales et cliniques, d'autres *dissociées*, où, s'il y a résistance clinique au coma, le malade reste très sensible au point de vue humoral.

Il y a là un domaine à explorer au point de vue biologique pour bien établir la corrélation entre ces deux ordres de phénomènes, humoraux et cliniques.

Dans l'ensemble, la thérapeutique de Sakel apparaît surtout comme une thérapeutique de choc des plus intéressantes. Telle qu'elle est, elle ajoute une arme non négligeable à notre arsenal. On n'en connaîtra réellement la valeur que lorsque le triage des cas où son action est favorable permettra d'en mieux comprendre l'action.

### Discussion sur le choc insulinique

M. DESRUELLES. — Avec ma collègue, Mlle M. Derombies, et notre collaborateur, M. Choplin (qui a publié récemment une thèse importante sur l'insulinothérapie associée ou non à la *convulsivothérapie*), nous avons lu avec le plus grand intérêt l'excellent exposé de M. Paul Abély. Nous avons décidé d'intervenir dans la discussion pour insister sur deux points de détail techniques de la cure d'insuline, qui nous paraissent importants : les locaux de la cure, et la psychothérapie, complément indispensable des comas insuliniques.

L'insulinothérapie est une thérapeutique difficile et dangereuse, elle nécessite une technique rigoureuse et les locaux eux-mêmes doivent présenter des conditions particulières de commodité pour faciliter à la fois la surveillance des comas et la prévention d'accidents toujours possibles. C'est ainsi que ces locaux doivent être bien chauffés, aérés, pas trop éclairés, silencieux ; le matériel ou les médicaments nécessaires en cas d'accident, et pour interrompre les comas, doivent être placés dans un endroit et dans un ordre immuables ; les lits doivent être accessibles des deux côtés. Un groupe de quatre salles de trois lits, communiquant facilement entre elles, avec un cabinet médical au centre, où l'on peut doser la glycémie, nous paraît la disposition la meilleure. La présence constante d'un médecin est nécessaire pendant les comas ; il faut au minimum, pour deux malades, un infirmier éduqué spécialement et capable : de surveiller le pouls, la température, la pression artérielle, de noter tous les incidents qui peuvent se produire et d'établir le schéma de la cure. Comme l'ont signalé, les premiers, M. le Professeur Claude et ses collaborateurs, le personnel infirmier s'intéresse beaucoup à la cure d'insuline ; il montre un dévouement et une compréhension digne d'éloges et sa collaboration à une thérapeutique dangereuse et très active transforme son moral. Trois

mois de surveillance de cures d'insuline est la meilleure formation que l'on puisse donner à un infirmier intelligent et dévoué.

C'est grâce à la technique rigoureuse, à la présence constante d'un médecin, à la qualité du personnel, à la disposition des locaux, que nous avons pu traiter, depuis quinze mois, trente et un malades par l'insuline associée, suivant les cas, au cardiazol (soit plus de 2.000 comas insuliniques), *sans accident*.

L'autre point sur lequel nous voulons insister est la transformation surprenante de l'affectivité des malades au cours de la cure d'insuline. Cette hyperaffectivité a d'ailleurs été déjà signalée, à la Société, par M. le Professeur Claude et ses collaborateurs. On assiste, au cours de la cure, non seulement à un réveil de l'affectivité, mais à une exaltation de cette affectivité. Le malade sait qu'on s'occupe de lui, qu'on le soigne ; il a conscience que la cure est difficile, dangereuse même ; il se « cramponne » à son médecin. Il y a donc là une occasion facile de faire de la psychothérapie efficace. Il serait trop long de citer aujourd'hui nos observations de malades chroniques, sortant de leur autisme, pour manifester spontanément, dans des lettres à leurs parents, leur espoir de guérison et leur reconnaissance pour ceux qui les soignent. Mais ce retour de l'affectivité, trop sensible, a un inconvénient : un choc affectif minime peut faire perdre en un jour un bénéfice acquis après de longs efforts.

Or les malades, en cure d'insuline, souffrent du contact avec d'autres aliénés chroniques. Nos services hospitalisent souvent par quartiers de 60 à 100 aliénés, et même, dans des quartiers de malades calmes, se trouvent mélangés des convalescents et des chroniques. Lors de l'évolution progressive d'une maladie mentale vers la guérison, le convalescent ne souffre pas beaucoup, d'habitude, du milieu, ni du contact avec des délirants chroniques. Au contraire, les malades améliorés par la cure d'insuline ont une réactivation de leur affectivité telle que ce contact est nuisible et ils subissent même l'influence défavorable des délirants chroniques, en particulier celle des vieux persécutés revendicateurs qui les découragent. On conçoit bien que si les malades en cure d'insuline sont très accessibles à la psychothérapie, à l'influence heureuse du médecin et du personnel infirmier, ils puissent, par contre, subir l'influence démoralisante de délirants chroniques, et ils y perdront l'espoir de leur guérison prochaine.

D'où, à notre avis, la nécessité d'organiser, non seulement un service spécial pour les comas, mais encore un service spécial pour les malades après les comas, où ils seront rigoureusement

séparés des délirants chroniques, et où l'on s'efforcera, par une psychothérapie active, par du travail et des promenades, de compléter et de stabiliser les heureux effets de la cure d'insuline.

### III. SUR LES DEUX THÉRAPEUTIQUES PAR LES CHOCS CARDIAZOLIQUE ET INSULINIQUE

**Thérapeutique par l'insuline et le cardiazol,**  
par M. Paul ABÉLY (de Paris)

Du rapport que vous avez eu l'occasion de lire dans le dernier fascicule des *Annales Médico-Psychologiques*, je crois pouvoir conclure que ces deux méthodes thérapeutiques, insuline ou cardiazol, ont donné des résultats certains, parfois assez complexes ou paradoxaux, souvent instables, mais toujours intéressants, tant au point de vue sémiologique que curatif.

Je pense que la période des discussions doctrinales, spécialement en ce qui concerne la précision du diagnostic, est maintenant dépassée, dominée par deux questions essentielles qui fixeront notre attitude dans le futur vis-à-vis de ces deux médications :

1° Est-ce que ces nouveaux traitements sont anodins ou dangereux, tant pour le présent que pour l'avenir ?

2° Doivent-ils être poursuivis ?

A la première question, votre discussion apportera la lumière désirable. Personnellement, je me garderai de conclure, ma seule expérience étant par trop insuffisante et parce que, au cours de nombreux cas que j'ai traités par l'insuline, j'ai eu la chance de ne rencontrer aucun accident. Avec le cardiazol seulement, quelques luxations ou fractures. Mais je crois que, dans cette discussion primordiale, chacun de nous doit apporter la plus complète impartialité des arguments très sûrs dans un sens ou dans un autre et éviter toute réticence.

Voici, en revanche, mon opinion quant à la deuxième question :

Ces deux méthodes thérapeutiques nouvelles présentent un intérêt indiscutable et méritent d'être poursuivies.

Leur champ d'application peut être largement étendu, non seulement à toutes les formes de la schizophrénie, mais aussi à tout un ensemble d'autres syndromes psychiatriques.



Cette application doit surtout tenir compte de l'âge du sujet, de son état physique, de ses antécédents et des contre-indications qui en découlent.

Les résultats favorables représentent un tiers environ des cas traités. Malheureusement, ils ne sont pas toujours définitifs et l'on signale d'assez fréquentes récidives. Aussi se pose la question de la consolidation de ces résultats et cette consolidation demande une thérapeutique secondaire qui doit être à la fois psychologique et médicamenteuse.

La comparaison de ces deux méthodes me fait accorder une nette préférence à l'insulinothérapie qui me paraît mieux s'affirmer dans le traitement de la démence précoce, tant par ses résultats plus stables, son action plus progressive, que par le fait qu'elle peut s'adresser à des cas plus anciens dans leur évolution.

Les points de ressemblance que l'on remarque entre elles ne me semblent pas préciser une identité d'action, mais plutôt indiquer que chacune agit sur des régions à peu près identiques du tronc cérébral : zones sous-corticales et centres neuro-végétatifs.

Cette hypothèse se fortifie en constatant que les épileptiques vrais ne sont pas beaucoup plus sensibles que les autres sujets à l'action de ces médicaments, et elle autorise le doute quant à l'antagonisme de l'épilepsie et de la schizophrénie.

Insuline et cardiazol paraissent surtout agir sur la sphère affective et tout particulièrement le cardiazol.

Cette constatation ajoute, à l'intérêt thérapeutique de ces méthodes, un important intérêt sémiologique.

Si, en effet, on assiste en général à des modifications affectives frappantes plus ou moins stables, on remarque aussi que, dans les transformations les plus heureuses des schizophrènes, il demeure souvent un résidu pathologique intéressant l'harmonie du jeu des associations. Si bien qu'on peut oser penser que schizophrénie ou démence précoce sont plus des psychoses « associatives » qu'« affectives ».

Cette manière de voir contribue, il faut le reconnaître, à modifier des statistiques trop enthousiastes. Elle explique peut-être aussi la supériorité thérapeutique de l'insuline dans ces états et en particulier dans les formes paranoïdes, alors que le cardiazol se montre plus efficace dans d'autres syndromes mentaux que je qualifierai audacieusement de « psychoses sous-corticales ».

**Les thérapeutiques à l'insuline et au cardiazol dans quelques services psychiatriques de l'Algérie, par MM. A. POROT, AUBIN, VALLET et SUTTER.**

Les formations psychiatriques de l'Algérie, de création très récente, ont imposé à leurs médecins surtout un travail d'organisation ; aussi n'ont-ils pu appliquer les thérapeutiques nouvelles sur une grande échelle, ni surtout en juger les résultats avec un très grand recul. Ils ne sont entrés vraiment dans la pratique intensive de ces méthodes que depuis peu.

Toutefois, des cycles thérapeutiques complets ont déjà été réalisés, et ce sont ces résultats que je voudrais rapporter ici, au nom des docteurs Aubin, Vallet et Sutter.

I. SERVICE PSYCHIATRIQUE DE L'HÔPITAL CIVIL D'ORAN. — Le D<sup>r</sup> Aubin, qui dirige ce service depuis 16 mois, reçoit surtout des cas précoces. Aussi ses statistiques sont-elles relativement plus favorables que celles de l'Hôpital psychiatrique de Blida.

Sur un total de 14 cas traités par l'insuline, il compte :

cinq guérisons (soit 35,7 %) ; trois de ces sujets étaient malades depuis moins de 8 mois, l'un l'était depuis 18 mois, l'autre depuis 30 mois ;

trois améliorations importantes. Mais, pour deux des malades, il a fallu reprendre ensuite le traitement ;

six échecs complets (soit 42,8 %). Cinq de ces malades étaient atteints depuis plus de 10 mois. Un seul n'avait que 6 mois de maladie.

Enfin, le D<sup>r</sup> Aubin a actuellement cinq malades en cours de traitement, avec des résultats, m'a-t-il écrit, peu encourageants jusqu'à ce jour.

II. HÔPITAL PSYCHIATRIQUE DE BLIDA. — Ce sont surtout des traitements au cardiazol qui ont été pratiqués, en raison de l'insuffisance initiale d'organisation et de l'absence de laboratoire pour le contrôle des glycémies.

Mais aujourd'hui l'Hôpital est équipé et les traitements à l'insuline s'y font sur une grande échelle.

Je signale par exemple qu'à la 2<sup>e</sup> Division des hommes, nouvellement créée, le D<sup>r</sup> Bardenat, qui la dirige depuis deux mois, mène actuellement de front 18 cures d'insuline et 14 cures de cardiazol.

1<sup>o</sup> Le D<sup>r</sup> Vallet (*Division des hommes*) n'a utilisé l'insuline

qu'à petites doses (10 unités) chez les anorexiques déficients. On ne saurait assimiler cela à la thérapeutique de Sakel.

Par contre, il a utilisé le cardiazol intra-veineux (5 cc.), en série, dans 15 cas. Pas d'incidents sérieux. Quelques améliorations indiscutables, mais passagères, de deux à trois jours, après quoi le malade retombe dans son état antérieur.

2° Le D<sup>r</sup> Sutter (*Division des femmes*) qui, depuis 10 mois, dirige ce service, a utilisé les deux méthodes, soit isolément, soit successivement, chez le même malade.

A) *Traitements au cardiazol.* — Sont faits à raison de deux injections intra-veineuses (5 cc.) par semaine (16 cas). Les cures ont comporté de 10 à 25 injections ; moyenne usuelle : 20. Voici les résultats :

— Quatre démences précoces confirmées, évoluant depuis plus de quatre ans... quatre échecs.

— Trois démences précoces, évoluant depuis moins de deux ans... deux échecs, une petite amélioration.

— Trois démences précoces, en cours de traitement (mais très avancé)... un échec, deux améliorations légères.

— Cinq cas de manie aiguë (périodiques). Résultats très remarquables obtenus dans quatre cas sur cinq avec un petit nombre de chocs (trois à neuf).

Sur un total de 305 injections avec 279 crises réalisées, il n'y a pas eu un seul incident.

Le D<sup>r</sup> Sutter a essayé la voie intra-musculaire en faisant conjointement deux injections de 5 cc. en deux points différents pour faciliter la vitesse de résorption. Il n'a eu que des crises incomplètes.

B) *Traitements commencés au cardiazol, terminés à l'insuline* (sept cas).

— Dans trois cas de démence précoce confirmée, on note deux légères améliorations ; le troisième cas, amélioration une première fois par le cardiazol, puis après rechute, amélioré de nouveau par l'insuline, a dû subir un réinternement.

— Un cas de manie chronique, à récides très fréquentes, parut guérir par quelques injections d'insuline. Nouvel accès un mois après.

— Dans trois cas en cours de traitement, on note des améliorations partielles, portant seulement sur quelques symptômes (anxiété, gâtisme).

C) *Traitements à l'insuline* (trois cas). — Deux guérisons : 1° une mélancolie anxieuse traînante (30 chocs) ; 2° un état dépressif suspect d'évolution démentielle (32 chocs).

Un échec : démence précoce confirmée (32 comas).

D) *Réflexions du D<sup>r</sup> Sutter.* — Le D<sup>r</sup> Sutter insiste sur les heureux effets du cardiazol dans la manie aiguë, où une brusque sédation se produit, généralement avec peu d'injections.

Quand il agit, le cardiazol ne donne pas d'amélioration progressive ; le résultat favorable apparaît brusquement.

Quant à l'insuline, il pense que les résultats paraissent dépendre étroitement de l'aspect clinique de la maladie, « le négativisme, l'anxiété, l'agitation, l'hostilité même, bref presque tous les troubles du comportement sont favorablement influencés par le traitement. Au contraire, les troubles purement intellectuels (sauf les hallucinations qui semblent souvent disparaître) paraissent beaucoup moins accessibles à la thérapeutique ; la dissociation schizophrénique, l'incohérence vraie, l'affaiblissement intellectuel persistent ; les idées délirantes ne sont que peu modifiées. Toutefois, la charge affective du délire diminue souvent, ce qui le rend moins apparent et en diminue l'importance ».

En ce qui concerne le diagnostic de démence précoce, le D<sup>r</sup> Sutter insiste sur la grande prudence de diagnostic qui est nécessaire : « Les états déficitaires juvéniles gardent en général pendant longtemps des caractères qui ne permettent pas de préjuger en toute certitude de leur évolution démentielle. Mais comme c'est précisément à ce stade qu'ils sont éminemment accessibles à la thérapeutique par l'insuline et le cardiazol, on est bien en droit de *préférer une perspective de guérison à une certitude diagnostique* ».

Une année de traitements par le cardiazol ou par l'insuline dans diverses psychoses, par MM. G. VILLEY et J.-F. BUVAT

Notre expérience personnelle relative à la thérapeutique des psychoses par le cardiazol bénéficie actuellement du recul de plus d'une année. Elle s'est adressée à divers états psychopathiques sans souci des délimitations nosographiques, porte sur 38 malades et se chiffre par 646 piqûres (d'une façon plus récente, nous avons traité 3 de nos malades par le coma insulinaire avec d'heureux résultats) (1).

(1) Les observations résumées ci-après concernent des malades confiés à la maison de santé Villa Montsouris. Bien que ces observations ne nous appartiennent pas en propre, il nous était donné de les grouper pour permettre une étude statistique.

L'effet immédiat de la cardiazolthérapie convulsivante est le plus habituellement surprenant, mais parfois bien fragile ou bien imparfait. Par contre, nous avons pu noter des guérisons dont deux remontent à plus d'une année et deux autres à plus de six mois. En face de l'ensemble de ces résultats, il nous paraît impossible de continuer à nier l'intérêt ou théorique ou immédiatement utilisable pratiquement de ces nouvelles méthodes thérapeutiques.

OBSERVATION 1. — Mlle E. H. Confusion, réactions de persécution : excitation coléreuse, négativisme, début de l'affection en 1926, d'abord intermittente, puis permanente depuis 1930.

19-4-1938 à 15-9-1938 : 26 injections de cardiazol (parfois *crises d'épilepsie à répétition*). Amélioration très notable : véritable réveil, mais rechute au bout d'un mois.

12-1938 à 1-1939 : 3 piqûres de cardiazol. Arrêt du traitement par suite de l'apparition d'un *état de mal épileptique*.

OBS. 2. — M. D. (Docteur Ménétrel). Fonds paranoïaque avec obsessions érotico-mystiques sur lequel s'éveillent des épisodes confusionnels (possibilité d'équivalents psychiques de l'épilepsie). Négativisme avec refus d'aliments par intervalles.

6-4-1938 à 4-8-1938 : 16 injections de cardiazol (s'accompagnent d'une anxiété particulièrement marquée). Disparition des manifestations aiguës qui ont motivé son séjour en maison de santé.

OBS. 3. — M. G. G. Homosexualité. Psychose périodique avec crises successives mélancoliques et maniaques. Entré le 17 mars 1937 : état d'hypomanie et d'anxiété lié à ses obsessions sexuelles. Consécutivement état confusionnel avec alternatives de dépression et d'excitation ; idées de suicide ; négativisme (refus d'aliments). Hallucinations auditives.

14-5-1938 à 17-6-38 : 9 injections. Amélioration rapide avec disparition des hallucinations à la 4<sup>e</sup> piqûre. Guérison progressive qui a persisté jusqu'à l'époque actuelle (le malade n'est pas sûr de lui depuis quelques jours et exprime de désir de rentrer dans un asile). A repris plus de 16 kilos de 5-1938 à 10-1938.

OBS. 4. — Mlle M. P. (Docteur Gallais). Délire hallucinatoire de persécution qui remonte à une vingtaine d'années.

19-5-1938 à 18-11-1938 : 20 injections de cardiazol sans aucun résultat notable.

OBS. 5. — Mlle R. Demi-confusion. Dépression mélancolique à base de préoccupations *hypocondriaques* (idée de négation relative à ses fonctions psychiques) et de persécution (fond paranoïaque, négativisme) ; pithiatisme ; tentatives de suicide ; courtes phases d'agitation



maniaque. Entre à la Maison de santé le 12-1-1937 (est déjà malade depuis environ un an).

1-5-1938 à 21-8-1938 : 17 injections de *cardiazol* sans aucun résultat notable.

4-1-1939 à 9-2-1939 : traitement insulinique quotidien jusqu'à 80 unités sans coma.

Durant les 11 jours qui suivent ce traitement elle présente, 4 fois au réveil, *des accidents d'hypoglycémie* (coma, crise épileptique).

A la suite du traitement *la malade rentre dans la réalité* et présente un comportement normal tout en conservant un fonds de préoccupations.

Bon état général, augmentation rapide du poids : juillet 1938 : 46 kg. 600 ; mai 1939 : 58 kg. 500.

OBS. 6. — M. J. M. Confusion, excitation à base d'idées de persécution (impulsivité, négativisme, refus d'aliments).

14 au 20-5-1938 : 4 injections de *cardiazol*. Modification rapide mais passagère de la tenue et de la conduite. *Fracture du col du fémur à la suite d'une piqûre* et nécessite d'interrompre le traitement. Est du reste beaucoup plus sociable et plus maniable.

OBS. 7. — M. L. R. (Professeur Perrens, de Bordeaux). Entre à la Maison de santé le 18-8-1937 (début des troubles mentaux remonte alors à plusieurs années en arrière). Ralentissement psychique avec tendance catatonique, délire imaginatif. Hallucinations auditives ; réactions de persécution (impulsivité, négativisme) ; évolution probable vers un état hétérophrénocatatonique.

22-5 à 4-8-1938 : 30 injections de *cardiazol*. Amélioration relative mais qui n'a pas tenu. Ses sentiments familiaux se sont cependant inversés dans le sens favorable depuis ce traitement.

15-4-1939 : Nouvelle série est commencée. Aucun résultat notable actuellement.

OBS. 8. — Mlle M. G. (Docteur A. Barbé). Manie chronique, alternative d'excitation coléreuse et de stupeur catatonique. Malade depuis plus de 15 ans.

16 injections sans aucun résultat notable.

OBS. 9. — M. P. J. Démence paranoïde. Début en 1926. 4 injections de *cardiazol* sans résultat. Arrêt du traitement en raison de son état général et circulatoire.

OBS. 10. — Mme J. M. (Professeur Lépine, de Lyon). Délire hallucinatoire, idées de persécution associées à des préoccupations érotico-mystiques ; impulsions suicides et réactions coléreuses. Entre à la Maison de santé en 12-1936 (début très antérieur).

2-6 à 28-8-1938 : 22 injections de *cardiazol*. Arrêt du traitement en raison de troubles du rythme cardiaque. Après la 5<sup>e</sup> piqûre elle a un

comportement normal mais reste réticente vis-à-vis de ses idées délirantes. Rechute en cours de traitement.

OBS. 11. — Mme A. V. Début janvier 1937. Délire hypocondriaque et de persécution. Délire des négations. Négativisme avec refus d'aliments, anxiété, impulsivité.

4-6 à 14-11-1938 : 21 injections de cardiazol. La malade redevient plus maniable et il est possible de supprimer la sonde. Pas de changement important et durable.

OBS. 12. — Mlle M. Début 26 mai 1934. Délire de persécution, réticence, demi-mutisme, inactivité, impulsivité, suicide. Hallucinations probables.

13-6 à 25-8-1938 : 13 injections de cardiazol. Aucune modification dans son état.

OBS. 13. — Mme P. (Docteur André Thomas). Début 20-10-1935. Mélancolie anxieuse avec idées délirantes d'auto-accusation, stupeur avec *syndrome pseudo-parkinsonien*.

2 séries de piqûres de cardiazol.

25-6 à 12-1938 : 19 injections. L'état catatonique disparaît progressivement et l'état psychique s'améliore également, mais rechute avec l'arrêt du traitement.

25-5-1939 : début de la 2<sup>e</sup> série. Actuellement 5 piqûres. Elle retrouve de nouveau son activité dans de grandes proportions.

OBS. 14. — Mme E. B., 59 ans. Délire hypocondriaque et de persécution. Hallucinations psychomotrices à localisations multiples. Anxiété très marquée. Impulsions, suicides ; malade depuis 1934.

Fracture du col du fémur après la seconde injection.

OBS. 15. — Mme M. D. Mélancolie anxieuse avec un délire d'éternité ; début 1936.

3-6 à 23-8-1938 : 12 injections ; résultat négatif.

OBS. 16. — Mlle B., entrée le 6-12-1935. Manie atypique et prolongée. Confusion, fond épileptoïde probable.

29-6-1938 à 16-1-1939 : 21 injections de cardiazol.

Amélioration progressive dès le début du traitement. Sortie, bien guérie le 28-2-1939. Continue à être en bon équilibre actuellement. A repris 10 kilos durant le traitement avec réapparition des règles.

OBS. 17. — Mlle M. D. Hébéphrénocatatonie, début de l'affection en 1934.

2-6-1938 à 7-2-1939, 21 injections. Résultat nul.

OBS. 18. — Mlle B., 27 ans. Etat dépressif. Fonds de débilité mentale. Entre à la maison de santé le 6-4-1938. Deux injections. Traitement mal supporté, n'est pas poursuivi.

OBS. 19. — Début de l'affection : 18-9-34. Etat maniaque atypique et prolongé. Confusion. Négativisme. Impulsivité coléreuse. Courtes rémissions spontanées.

Première série de piqûres (27 piqûres). Améliorations réalisant des périodes de lucidité plus longues (plusieurs jours), et beaucoup plus profondes et aboutissant à une guérison apparente, puis rechute.

Deuxième série en cours (8 piqûres). Alternatives de lucidité qui ne durent pas.

Pas d'amélioration évidente, mais malade plus maniable.

OBS. 20. — Mme B. Etat démentiel qui a débuté il y a plus de 17 ans. 23-7 à 26-8-1938 : 6 injections. Arrêt, par manque d'espoir de résultat.

OBS. 21. — Mme J. G., 38 ans ; début de l'affection : 15-1-36. Délire de persécution et d'influence. Confusion. Hallucinations auditives. Fonds paranoïaque. Impulsivité. Négativisme (refus d'aliments, gâtisme). Possibilité d'une évolution vers une démence paranoïde.

20-8-1938 à 31-3-1939 : 28 injections en deux séries, la première de 22 piqûres. Notable amélioration après cette série, mais conserve toujours, derrière une attitude réticente, des idées d'influence. Rechute que n'améliore pas la deuxième série de piqûres que nous arrêtons pour commencer l'insulinothérapie.

OBS. 22. — Mlle R. D. (Dr Lacroix). Délire polymorphe de teinte mélancolique. Demi-stupeur avec impulsivité. Suicide. Hallucinations verbales. Début de l'affection en juillet 1938.

25-8-1938 à 27-1-1939 : 17 injections sous l'influence desquelles on assiste au retour progressif à la réalité. Persistance de distractions probablement hallucinatoires. A quitté la maison de santé il y a environ deux mois et est actuellement complètement guérie.

D'octobre 1938 à mars 1939 engraisse de 8 kilos, retour des règles en novembre 1938.

OBS. 23. — Mme B., âgée de 53 ans. Entrée à la maison de santé le 7-2-33. Dépression psychique. Refus d'aliments et mutisme à base d'idées de persécution. Inactivité totale.

9-8-1938 à 3-2-1939 : 21 injections de cardiazol.

La malade sort de son état : reparle, s'alimente seule, s'habille, travaille et redevient sociable. Persistance de préoccupations délirantes sous-jacentes. Variations dans le ton émotivo-affectif avec rééquilibre sous l'influence de piqûres espacées suivant l'opportunité.

OBS. 24. — Mme Bo. Début : 2-1-1936. Dépression psychique à base d'idées d'auto et d'hétéro-accusation. Hallucinations verbales. Impulsivité coléreuse et surtout suicide.

31-3-1938 à 27-4-1938 : 8 crises.

Amélioration passagère. On doit arrêter le traitement à la suite de la constatation d'une pleurésie séro-fibrineuse. Seconde série ultérieure sans résultat.

OBS. 25. — Mlle Ch. Début : novembre 1937. Démence paranoïde. 10 injections sans résultat notable et durable.

OBS. 26. — Mme M. Début : 23-8-1937. Ménopause. Délire de persécution à base d'hallucinations verbales et d'interprétations (il y a une bande organisée, plainte à la police). Confusion. Anxiété. Refus prolongé d'aliments.

8-9-1938 à 16-3-1939 : 24 injections.

Apparence normale, elle est calme, s'alimente et s'occupe régulièrement, mais persistance d'un noyau délirant qui se développe avec l'arrêt des piqûres. Amélioration relative, mais tentative de suicide (20-5-1939). A repris 13 kilos du 7-8-1938 au 5-3-1939.

OBS. 27. — M. A. (D<sup>r</sup> Franquet, de Reims). Début : 31 mars 1938. Dépression mélancolique. Fonds de débilité mentale. Bouffées d'anxiété. Hallucinations psychiques. Délire à base d'idées de persécution et de préoccupations érotiques.

21-6-1938 à 19-7-1938 : 3 crises.

Amélioration relative. Arrêt du traitement en raison de troubles du rythme cardiaque sous l'influence des crises.

3-2 à 21-3-1939 : traitement insulinique, 30 comas. Amélioration progressive. Disparition des hallucinations. Départ de la maison de santé le 31-3-1939. Résultat maintenu à la date de ce jour.

OBS. 28. — M. Louis. Démence paranoïde. Malade très dissocié. Manque absolu d'affectivité, idées délirantes, hallucinations. En cours de traitement, début le 6-1-39 : 19 injections. Amélioration notable : il est plus affectif, plus sociable, mais son état reste démentiel.

OBS. 29. — Mlle P. (D<sup>r</sup> Franquet, de Reims). Manie aiguë typique. Confusion. Entrée le 28-7-1938.

24-1 à 6-3-1939 : 6 injections.

Amélioration rapide et guérison totale qui tient bien. Elle augmente de 8 kilos à partir du début du cardiazol.

OBS. 30. — M. Bo. (Professeur Lhermitte). Dépression psychique. Aboulie. Ralentissement psychique et moteur. Délire du doute et du toucher. Incontinence urinaire en rapport. Etat qui remonte à quelques années.

4-11-1938 à 8-2-1939 : 19 injections.

Aucune modification de l'état psychique.

OBS. 31. — Mme L. L. (D<sup>r</sup> Gallais). Dépression mélancolique avec impulsions, suicide. Demi-confusion. Hallucinations psycho-motrices. Préoccupations hypocondriaques. Début de l'affection : 23-2-1938. Notion d'une crise dépressive antérieure.

Début du traitement : 16-3-39 : 18 injections. En cours de traitement. En bonne voie de guérison.

OBS. 32. — Mlle Y. P. Dépression nerveuse à base de préoccupations hypocondriaques. Fatigabilité. Etat remontant à plusieurs années en arrière. Malade parfaitement lucide.

Début de traitement au cardiazol : 6 à 7 piqûres, sans aucune modification.

OBS. 33. — Mlle M. (Professeur Lévy-Valensi). Confusion et dépression psychique remontant à quelques semaines. Anxiété. Refus d'aliments. Inactivité totale. Mutisme. Fonds de débilité mentale.

1-5-1939 : début du traitement au cardiazol, actuellement en cours : 11 injections. Réveil de l'activité et de la sociabilité. Reste encore inquiète et obsédée.

OBS. 34. — Mlle J. P. (D<sup>r</sup> Gallais), 35 ans, entrée le 27-4-1928. Délire hallucinatoire de persécution sexuelle. Confusion. Anxiété. Tendance auto-mutilatrice.

20-7-1938 à 6-5-1939 : 33 injections.

Amélioration nette, mais passagère, à l'occasion de chaque piqûre. Le résultat ne tient pas et les piqûres restent ensuite sans action.

OBS. 35. — M. P. P. (D<sup>r</sup> André Barbé), entre le 5-4-1938. Démence paranoïde. Idées de persécution. Impulsivité. Négativisme (refus d'aliments).

14 injections sans aucun résultat.

OBS. 36. — Mme Vi., entrée le 2-4-1932. Désagrégation psychique. Impulsivité. Négativisme.

25 injections de cardiazol. Se montre actuellement plus active et plus sociable ; difficile d'attribuer avec certitude cette amélioration au traitement.

OBS. 37. — Mme de W. Démence paranoïde. Hallucinations. Impulsivité coléreuse.

Première série : 26 injections ; deuxième série : 8 injections.

La malade, sous l'influence des piqûres, se montre plus calme, plus sociable et plus active. Cette amélioration persiste relativement.

OBS. 38. — Mlle C. B. Délire polymorphe, paraplégie fonctionnelle.

17 piqûres, suivies d'une très notable amélioration qui permet des conversations suivies, rechute ; 7 nouvelles piqûres sans résultat autre que la disparition de la paraplégie après réduction de l'ankylose sous cardiazol.

Cette expérience porte donc d'abord et surtout sur le traitement des psychoses par le choc cardiazolique.

Nous constatons que c'est dans les *formes curables d'allure maniaco-mélancolique* que les guérisons les plus remarquables ont été obtenues ; mais il faut bien préciser que, s'il s'agissait d'affections théoriquement curables, nous n'en étions pas moins



en présence de formes atypiques et prolongées, d'une durée imprévisible et que la brusquerie de l'action thérapeutique ne laisse, à nos yeux, aucun doute sur son rôle efficient. C'est le cas des observations 2, 3, 16, 22. Dans l'observation 3, la crise durait depuis un an. Dans l'observation 16, elle remontait à près de 3 années. Un des faits les plus remarquables en raison de son objectivité, c'est l'augmentation rapide du poids qui accompagne le retour de l'équilibre *psychique*. M. G... G... (obs. 3) a repris 16 kilos de mai à octobre 38. Mlle B... (obs. 16) 10 kilos durant la période de traitement et cette augmentation de poids a entraîné le retour des règles.

Dans les états de *démence confirmée* (obs. 4, 9, 17, 20, 25, 35), l'effet des piqûres a été nul. Dans d'autres cas, le traitement n'a pas pu être poursuivi par suite de *complications* (obs. 6, 9, 14, 18 ). Nous n'avons jamais eu à déplorer aucun accident mortel, par contre nous avons pu noter les complications suivantes :

Chez 2 malades, nous avons dû arrêter le traitement à la suite d'une fracture du col du fémur survenue durant une crise épileptique. Il s'agit de Mme B... (obs. 14), personne âgée de 59 ans et grabataire depuis 5 ans, et de M. J. M... qui, beaucoup plus jeune, se trouvait immobilisé depuis de très nombreuses années.

Notons, d'autre part, le cas de Mlle E. H... (obs. 1), chez laquelle les crises d'épilepsie ont réapparu 3 à 4 fois en dehors des injections de cardiazol et chez laquelle on a dû finalement suspendre tout traitement à la suite de l'apparition d'un état de mal épileptique. Les accidents ne se sont d'ailleurs jamais renouvelés depuis.

Au reste, chez une majorité de malades, pour lesquels le pronostic s'offrait à nous comme sévère dans le sens d'une évolution probable vers la chronicité, bien que les résultats fussent moins heureux, les faits n'en conservaient pas moins un gros intérêt théorique et pratique. Souvent nous avons assisté à de brusques et curieux retours à la réalité, améliorations transitoires qui avaient fait naître successivement des espoirs et des désillusions (obs. 1, 7, 10, 13, 19, 21, 26, 34).

Ces améliorations duraient plusieurs heures ou plusieurs jours, surtout marquées quelques heures après l'injection. Dans certains cas, les injections successives soutenaient les résultats acquis, dans d'autres on assistait à un véritable phénomène d'usure et on devait renoncer à poursuivre un traitement devenu inefficace. Mme P... (obs. 13) retombe dans son état de

mélancolie avec stupeur dès que l'on arrête la série de piqûres, puis nouvelle amélioration avec la reprise d'une deuxième série.

En dehors des guérisons qui ont entraîné la sortie de la Maison de santé, nous avons noté également des améliorations durables qui rendaient les pensionnaires plus maniables et plus sociables. Les modifications portaient essentiellement sur la tenue, la conduite et la mimique, sans pouvoir atteindre le noyau des idées délirantes. M. L. R... (obs. 7), après une courte rémission, voit ses sentiments familiaux inversés dans le sens favorable.

Mme B... (obs. 23), après 5 ans de mutisme, d'inertie et de refus d'aliments, parle, mange, travaille et a repris un bon état général.

Mme M... (obs. 26), sortie de son état de négativisme et d'anxiété, redevient plus sociable et reprend 13 kilos au cours du traitement.

M. Louis (obs. 28) se comporte d'une façon beaucoup plus heureuse.

Mme de W... (obs. 37), plus calme et plus sociable, étonne par la rédaction de lettres à son mari.

Un des documents les plus intéressants et les plus curieux sont les lettres que des malades ont pu rédiger à la faveur d'une rémission passagère (voir Mlle E. H..., obs. 1, et Mlle F..., obs. 19).

Nous pratiquons la thérapeutique par le coma insulinaire depuis seulement quelques mois, mais les résultats obtenus nous ont déjà paru fort encourageants.

Mme A. (obs. 27) : le traitement au cardiazol, mal supporté, ne peut être poursuivi. Trente comas, en février-mars 1939, sont suivis d'une guérison récemment encore confirmée.

Mlle R. (obs. 5) : traitement au cardiazol sans aucun résultat. 4-1-1939 à 9-2-1939 : traitement insulinaire, pas de coma. Il est intéressant de noter que, *après cessation de tout traitement, la malade a fait successivement, quatre matins, des accidents d'hypoglycémie*. Très grande amélioration de l'état psychique.

Quatre autres malades sont en cours de traitement.

Sans prétendre énoncer une théorie explicative, nous pouvons synthétiser tous ces faits par une simple image, de la façon suivante :

L'activité délirante, en raison de son acuité, fait naître un état de confusion, barrière dressée entre l'individu et le milieu extérieur. Une médication comme le cardiazol remplace le malade

dans la réalité d'où, d'une part, la disparition des troubles de la tenue, de la conduite, de la mimique, d'autre part, l'attitude réticente vis-à-vis d'idées délirantes qui peuvent ultérieurement soit disparaître complètement, soit envahir à nouveau le champ de la conscience.

Il est très certain, et c'est la conclusion générale qui s'impose, que nous abusons de l'usage du terme de *démence* et que souvent il y faut substituer celui de *confusion*, surtout dans les cas de déficiences psychiques globales. Ainsi laissons-nous la porte ouverte aux rémissions ou guérisons qui déjà survenaient spontanément, mais qui deviennent de plus en plus fréquentes avec l'appui des thérapeutiques modernes.

**Les guérisons dans les états dits de « *démence précoce* » en dehors des thérapeutiques de choc, par MM. H. BARUK et M.-L. ZAPHIROPOULOS.**

La notion de « *démence précoce* » a revêtu deux significations tout à fait différentes. Dans sa signification primitive, suivant la conception de Morel et de Christian, il s'agissait simplement d'un type clinique d'affaiblissement intellectuel chez les jeunes gens. Avec Kraepelin ce n'est plus un simple fait clinique mais une entité nosographique à évolution systématique :

le point de vue de Morel est une constatation de fait ;

le point de vue de Kraepelin est une anticipation sur l'avenir.

Pendant de longues années cette conception de Kraepelin a été considérée comme presque intangible et le diagnostic du syndrome de « *démence précoce* » comportait pour presque tous les médecins une condamnation à peu près irrémédiable.

Ce critère évolutif est-il réellement justifié ? Pour répondre à cette question nous avons dépouillé 187 observations de cas de « *démence précoce* » répondant de façon très précise à la description de Kraepelin. Dans un grand nombre de cas le diagnostic de « *démence précoce* » avait été fait non seulement par nous mais aussi par des aliénistes des plus autorisés et affirmé dans des certificats variés. Nous avons précisé l'évolution spontanée, le rôle respectif des diverses thérapeutiques, la durée de la maladie au moment de la guérison et enfin les diverses étiologies (1).

(1) Le détail des observations et des faits cliniques sera exposé prochainement dans la thèse de l'un de nous (Zaphiropoulos).

Ces résultats sont consignés dans les tableaux ci-joints.

I. *Evolution de 187 cas de syndrome de « démence précoce ».*

— Nous avons réparti l'évolution de la façon suivante : nous avons appelé « *guérisons* » les cas où tous les troubles mentaux ou physiques ont disparu de façon totale et dans lesquels le malade a pu reprendre sa vie normale, son activité sociale et familiale, sans aucune restriction. En un mot, nous avons classé dans cette rubrique les cas comportant une « *restitutio ad integrum* ». Sans doute ne s'agit-il là que d'un critère clinique, mais c'est là le critère pratique habituel des guérisons en médecine. *Parmi ces malades guéris, certains sont maintenant guéris depuis plusieurs années : 4 ans, 6 ans, 9 ans, etc... Nous insistons tout spécialement, à ce sujet, sur l'importance d'avoir le recul nécessaire pour juger de la solidité d'une guérison et de la valeur d'une thérapeutique.*

Dans un deuxième groupe de faits la disparition des troubles est restée éphémère et a été suivie de rechutes ; ou bien la disparition des symptômes n'a pas été complète ou n'a pas permis la reprise tout à fait parfaite de la vie normale. Nous avons groupé ces faits sous la rubrique « *améliorations ou rémissions* ».

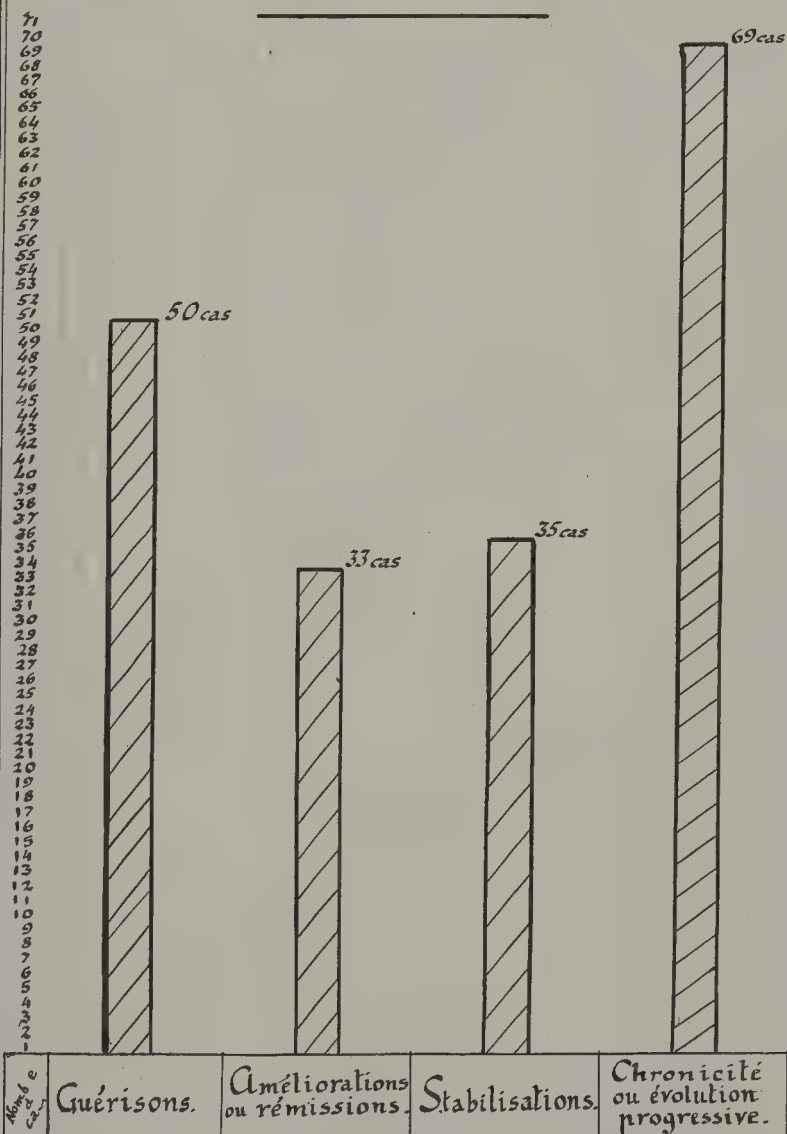
Dans une troisième variété de faits la maladie semblait au début réaliser au complet les symptômes de la « démence précoce » de Kraepelin, mais son évolution s'est arrêtée et s'est en quelque sorte stabilisée. Ce sont des faits de ce genre sur lesquels l'un de nous a déjà insisté. Nous avons groupé ces cas, qui n'évoluent pas vers la démence, sous la rubrique « *stabilisation* ».

Enfin, dans une quatrième catégorie de faits, nous avons groupé les cas qui paraissent avoir subi une évolution progressive vers la démence et qui répondent à la description de Kraepelin. C'est ce que nous avons groupé sous la rubrique « *chronicité* ».

En ce qui concerne l'observation des malades, les uns (88 cas) ont été rigoureusement observés par nous ou par l'un de nous pendant toute l'évolution de la maladie, souvent même dans la période pré-psychopathique : cette observation s'est prolongée pour certains de nos malades plus de 10 et 12 ans. Les autres ont été observés par nous après déjà une longue phase de la maladie : il en fut ainsi notamment d'un certain nombre de malades de notre service de Charenton qui étaient déjà hospitalisés des années avant l'arrivée de l'un de nous dans le service. Pour

# Tableau I.

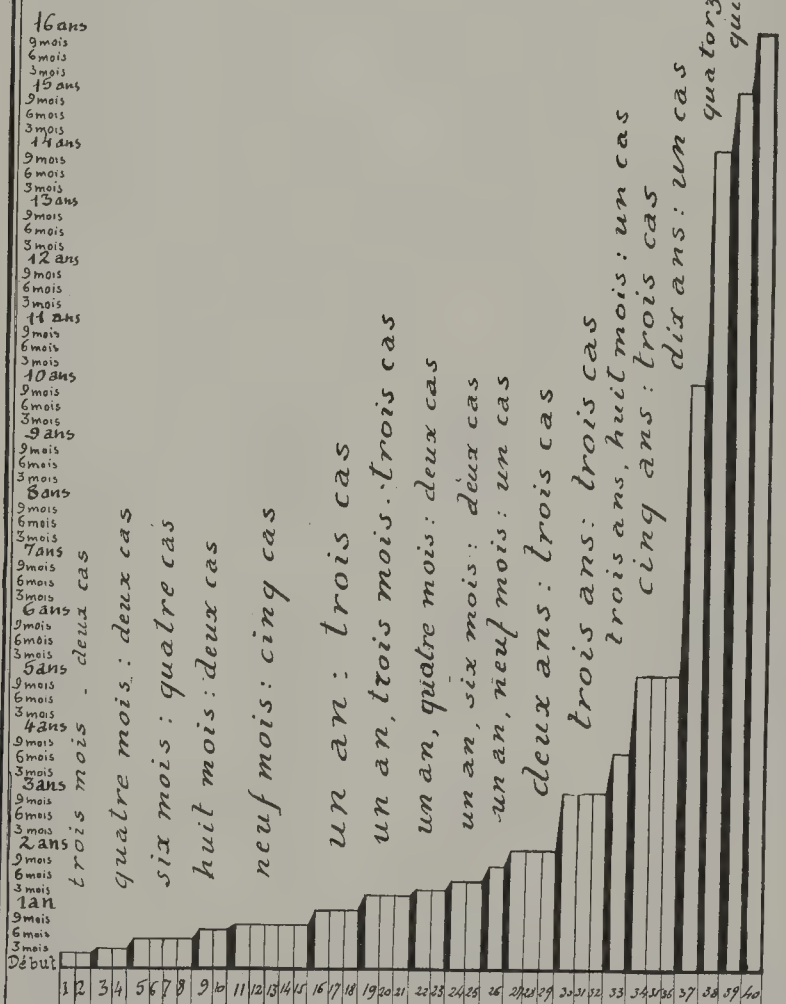
Evolution de 187 cas de syndromes  
dits de démence précoce.





## Tableau II.

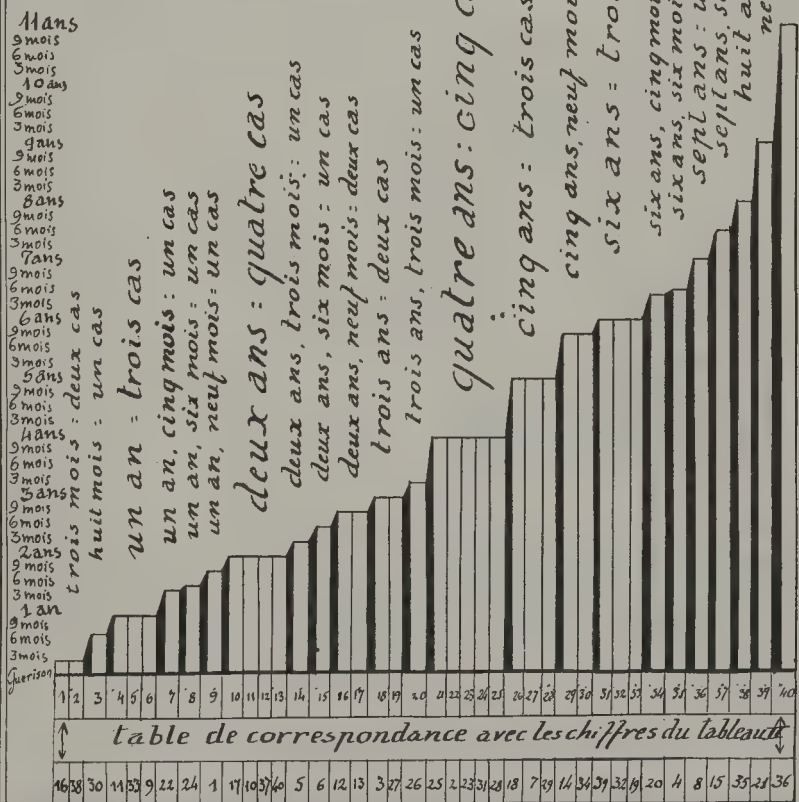
*Durée de la maladie au moment  
de la guérison dans 40 cas*



# Tableau III.

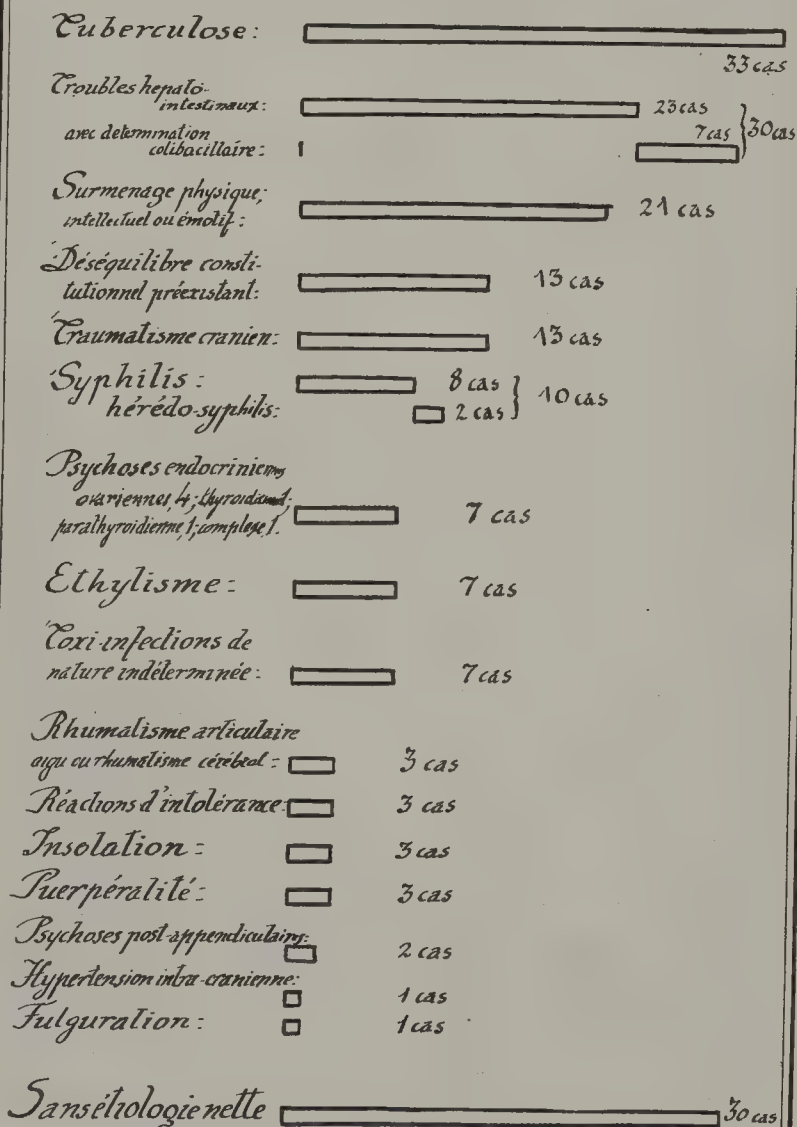
Temps écoulé depuis la guérison  
dans 40 cas.

Au bas du tableau, table permettant de  
retrouver les chiffres correspondant à  
un même cas, dans les tableaux II et III.



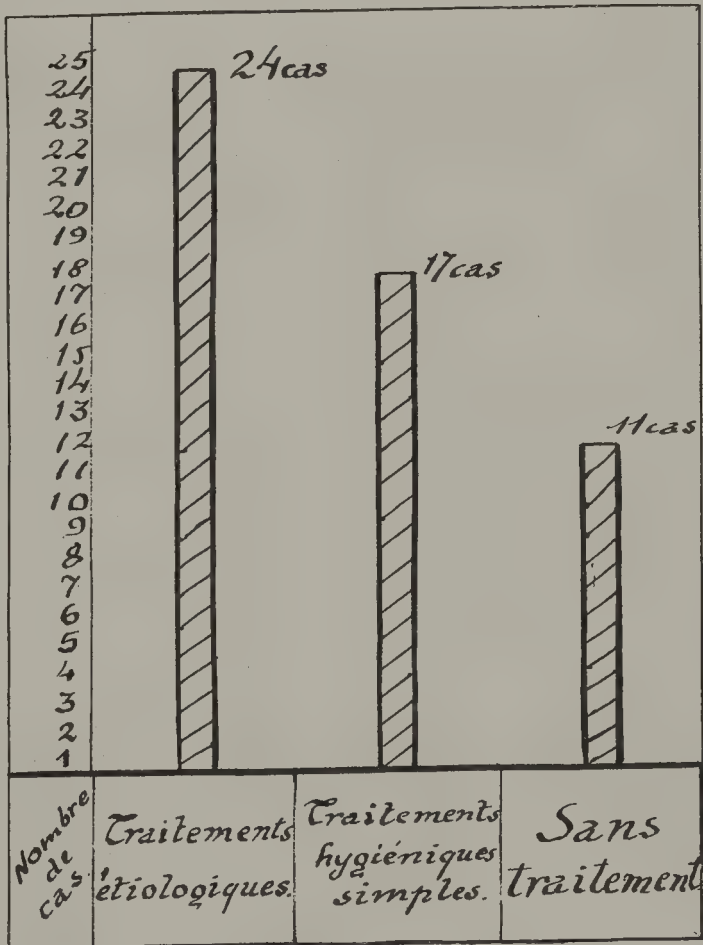
## Tableau IV.

### Étiologies diverses retrouvées dans 187 cas.



# Tableau V

*Modalités des traitements  
dans 52 cas guéris ou notablement  
améliorés.*



certain la durée de la maladie a été très longue : 15 ans, 20 ans et plus.

La proportion d'hommes est beaucoup plus élevée que celle des femmes, qui ne s'élève qu'à 29 cas sur 187. Nous reviendrons plus loin sur ce point, en ce qui concerne l'étiologie.

Les résultats de l'évolution montrent une beaucoup plus forte proportion de guérisons qu'on ne le soupçonne *à priori*, puisque sur 187 cas, nous avons eu 50 cas de guérison, et 33 cas d'amélioration ou de rémission, soit une proportion respective de 26,7 % de guérisons, et de 17,6 % d'améliorations ou de rémissions. Ajoutons que la maladie s'est stabilisée dans 35 cas, soit 18,7 %.

La « démence précoce » semble donc bien loin de comporter le pronostic que lui accordait Kraepelin. Sans doute, on pourrait toujours discuter pour certaines des observations suivies de guérison l'hypothèse d'une psychose périodique atypique surtout dans certains cas à début d'apparence maniaque ou confusionnelle. Mais dans tous les cas que nous avons retenus il existait des signes nets de dissociation psychique. Il faudrait donc en pareil cas parler de « schizophrénies périodiques », ce qui revient toujours à critiquer la notion évolutive de démence précoce.

II. *Durée de la maladie au moment de la guérison.* — Il nous a paru particulièrement intéressant de préciser dans la mesure du possible la limite d'évolution au bout de laquelle on pouvait penser la guérison plus ou moins improbable. Il est classique, en effet, de répéter que les améliorations et les guérisons de la « démence précoce » ne peuvent survenir que dans les premières phases de la maladie ; on admet souvent qu'après deux ou trois ans ces chances sont presque nulles. Les publications récentes sur les méthodes thérapeutiques de choc insistent sur le contraste entre les résultats de la 1<sup>re</sup> année et le peu de résultats ultérieurement.

Notre expérience ne nous a pas amenés à confirmer ces notions, du moins sous une forme aussi absolue. En effet, si les guérisons sont bien entendu plus fréquentes au cours de la première année, nous avons pu cependant observer des guérisons complètes et très impressionnantes dans un certain nombre de cas après 2 ans, 3 ans, 5 ans et même dans 3 cas comportant une évolution respective de 14, 15 et 16 ans. De tels faits montrent qu'on ne saurait se baser de façon absolue sur la durée de la maladie, même si celle-ci est très prolongée, pour porter un pronostic de chronicité.



Ajoutons que la guérison peut se produire, quelle que soit la forme clinique revêtue par la maladie. Nous avons vu des guérisons impressionnantes et totales chez des malades tombés au dernier degré de la déchéance. C'est dire combien il est difficile de faire des pronostics absolus (1).

III. *Action des diverses méthodes thérapeutiques sur l'évolution de la maladie.* — Il est capital, au point de vue pratique, de savoir si diverses thérapeutiques ont vraiment une action sur l'évolution de la maladie. Nous avons, à ce sujet, soumis 52 cas de guérison ou d'amélioration notable à une étude plus particulièrement précise. Sur ces 52 cas, onze malades ont guéri sans aucun traitement, ce qui montre bien que la maladie n'a pas toujours par elle-même une évolution progressive, comme le pensait Kræpelin (2). Dix-sept cas ont guéri à la suite d'un traitement hygiénique: nous entendons par ce terme un traitement qui consiste, en l'absence d'une étiologie précise, à mettre le malade dans les meilleures conditions physiques et morales. Par exemple, il est capital d'assurer un bon fonctionnement digestif, de bonnes éliminations, des conditions judicieuses d'alimentation, d'aération, de repos, de régulariser toutes les méiopraxies viscérales ou humorales. Il est non moins capital de réaliser, autour du malade, une atmosphère morale *minutieusement adaptée*; d'éviter les heurts, les humiliations, les traitements trop systématiques ou imposés avec rigueur, les conflits affectifs ou familiaux, etc... *Ces conditions peuvent avoir une influence absolument décisive sur l'évolution de la maladie.* Il suffit parfois d'un simple changement de chambre ou de voisinage pour voir survenir des transformations impressionnantes.

La proportion de guérisons varie notablement suivant la qualité du personnel infirmier et nous avons pu personnellement observer des différences frappantes dans l'évolution de la maladie dans différentes parties de notre service: il suffit quelquefois, dans un pavillon, de quelques infirmiers d'élite, doués de tact et d'équité, pour augmenter le nombre des guérisons; et inversement, il suffit de quelques personnes maladroitement, injustes ou mal intentionnées pour amener des aggravations notables.

De même, certains malades paraissent manifestement aggravés par une hospitalisation ou un internement brutal ou trop pro-

(1) Il semble toutefois que le pronostic soit peut-être plus favorable dans certaines formes à début confusionnel.

(2) Rappelons à ce sujet les travaux bien connus du regretté P<sup>r</sup> Santin Rossi (de Montevideo) sur les formes curables de la démence précoce.

longé, par un choc affectif, etc... Dans d'autres cas, au contraire, c'est le milieu familial qui est défavorable et l'isolement amène des réactions bienfaisantes. C'est pourquoi il faut surtout éviter dans ce domaine l'esprit de système et adapter sa thérapeutique de façon nuancée à la personnalité du malade.

Dans d'autres cas, on arrive à dépister un facteur étiologique plus net et qui semble jouer un rôle important dans la genèse de la maladie ; en pareil cas, le traitement étiologique peut avoir une action absolument remarquable. L'un de nous a insisté longuement sur ces faits à l'occasion des psychoses colibacillaires, hépatiques, tuberculeuses, etc... Nous reviendrons sur ces points un peu plus loin, à l'occasion des données étiologiques. Retenons que, dans 24 cas sur 52, le traitement étiologique a déterminé une guérison remarquable de la maladie (1).

IV. *Étiologie.* — On ne saurait trop insister sur l'utilité de faire les recherches les plus minutieuses et les plus tenaces pour dépister l'étiologie. Il ne suffit pas à ce sujet de constater telle ou telle perturbation de l'organisme, mais il faut analyser en profondeur les troubles somatiques et psychiques de façon à saisir leur intrication. Sur nos 187 cas, les étiologies nous ont paru très diverses et sont résumées dans le tableau IV.

Nous voyons toutefois que la tuberculose et les troubles hépato-intestinaux, avec ou sans détermination colibacillaire, arrivent nettement en tête. Il nous semble aussi que certains cas sont, en grande partie, liés à un véritable épuisement physique ou psychique, épuisement dans lequel les conditions émotives jouent très souvent un rôle important.

En ce qui concerne les perturbations endocriniennes, nous n'avons retenu que les cas où nous avons retrouvé un syndrome endocrinien absolument net et caractérisé, intriqué avec la psychose : tel ce cas rapporté par l'un de nous dans son livre (2) d'un malade atteint de syndrome de « démence précoce » arrivé dans un stade de démence profonde avec maladie de Basedow et qui a guéri totalement depuis plusieurs années après thyroïdectomie.

(1) C'est justement pour avoir trop négligé les moyens thérapeutiques étiologiques et l'observation individuelle minutieuse des malades que l'on a versé d'un excès dans l'autre, passant de la « contemplative abstention », suivant l'expression d'Abély, à des traitements de choc souvent excessifs et désordonnés. Il est faux et dangereux de placer le médecin dans l'alternative ou d'une abstention désabusée et coupable ou d'un traitement de choc de désespoir.

(2) H. BARUK. — *Psychiatrie médicale*, Masson, 1938, p. 702.

Parmi les causes endocriniennes, les psychoses ovariennes nous semblent jouer un rôle plus important qu'il ne paraît dans notre tableau : le fait que les proportions en sont faibles tient à ce que nous avons observé beaucoup plus d'hommes que de femmes. Mais les psychoses hyperfolliculiniques ou les psychoses après castration nous paraissent de la plus haute importance. Il en est de même des psychoses post-puerpérales, qui sont certes fréquemment curables, mais dont certains cas présentent une évolution plus prolongée. A côté de ces diverses causes acquises, il faut tenir compte, bien entendu, du facteur terrain. Celui-ci est très complexe et très difficile à apprécier : il existe tout d'abord les éléments héréditaires ; dans certains de nos cas, nous avons vu plusieurs frères, et même parfois toute une famille, atteints de syndrome schizophrénique. Mais il ne faudrait pas croire que de tels faits soient très fréquents ; bien souvent l'hérédité ne se manifeste pas du tout par l'existence de psychoses caractérisées chez les ascendants ou collatéraux, mais par l'existence de simples particularités de caractère, qui ne peuvent être perçues que par une connaissance intime de la famille. Nous avons noté, par exemple, plusieurs fois un caractère impulsif, autoritaire, violent chez le père, coexistant avec un caractère déprimé, asthénique chez la mère. La question de l'hérédité n'est d'ailleurs qu'un facteur au milieu de beaucoup d'autres dans la constitution du terrain. Il faut tenir compte également des accidents de la première enfance, des traumatismes obstétricaux, qui déterminent parfois ultérieurement des associations épileptiques et schizophréniques, des encéphalites de la première enfance, etc... Enfin, l'hérédo-syphilis joue un rôle important, comme y ont insisté déjà de nombreux auteurs (Drouet et Hamel, etc...).

Quant aux notions concernant la constitution mentale, elles sont certainement intéressantes, mais il faut les interpréter avec une certaine réserve. La constitution schizoïde est bien loin d'être constante chez les schizophrènes et, à ce point de vue, il faut éviter de tomber dans le schéma.

Il faut ajouter qu'il est souvent très difficile de faire, dans l'étiologie, la part de la cause déterminante et de la cause occasionnelle. Bien des toxi-infections ou des intoxications agissent souvent comme causes occasionnelles sur des organismes pré-disposés. Cela n'empêche pas qu'il est capital de les traiter.

*Conclusions :* La « démence précoce » est loin d'être une maladie à évolution progressive et incurable comme on le

croît encore très communément. Nous avons observé 44,3 % de guérisons ou d'améliorations. La maladie peut guérir à toutes ses phases, même à la phase démentielle, et il n'existe pas de symptômes absolument pathognomoniques de la chronicité. Elle peut également guérir après une très longue évolution.

Nous n'avons retenu, dans la proportion de guérisons que nous citons, que des cas soumis à un traitement hygiénique ou étiologique. Nous avons laissé complètement de côté les thérapeutiques de choc.

Au moment où l'on discute si vivement les résultats du coma insulinaire et du cardiazol (1), il nous a paru intéressant de faire le point sur l'évolution spontanée de la maladie, sur la proportion de guérisons et sur le résultat des traitements étiologiques. On ne saurait trop insister sur l'importance de ces derniers et sur le fait que les vrais progrès thérapeutiques durables restent liés à la connaissance approfondie des mécanismes physio-pathologiques et des données étiologiques.

Nous n'insisterons pas ici sur les critiques qui peuvent s'adresser à la notion de « démence précoce » telles qu'elles résultent de la systématisation nosographique kräpelinienne. L'un de nous a insisté à maintes reprises sur cette question (2), et préfère substituer à la notion d'une maladie évolutive, systématique et progressive, celle des stades évolutifs ou régressifs (3) des atteintes fonctionnelles cérébrales diffuses, ce qui répond beaucoup mieux aux modalités si capricieuses de l'évolution, à la possibilité de guérisons, de stabilisations, de poussées entrecoupées de rémissions, modalités extrêmement variables suivant l'étiologie, le terrain, les conditions de milieu, les circonstances et les actions thérapeutiques (4).

(1) Tout récemment Von Meduna (*Ann. Méd.-Psychol.*, avril 1939) relève sur 1.751 malades traités par le cardiazol hors d'Europe une proportion de 35,2 % d'améliorations considérables, et sur 2.326 cas traités en Europe une proportion de 29 % de rémissions. C'est là une proportion peu élevée, et la valeur de cette statistique est encore diminuée par le fait du caractère trop récent de la méthode, du manque de recul dans l'observation et aussi de l'insuffisance de critères diagnostiques dans une statistique aussi disparate et comportant autant de malades récents.

(2) H. BARUK. — Psychiatrie médicale, *loco citato*, p. 443 et suivantes.

(3) H. BARUK. — La notion des stades évolutifs et régressifs dans les psychoses. Critique des systèmes nosographiques rigides. Conséquences thérapeutiques. *La Médecine*, février 1936.

(4) H. BARUK. — La démence précoce ou la schizophrénie constituent-elles une maladie ? Critiques nosographiques. *Archives Roumaines de Neurologie*, II<sup>e</sup> année, n° 3, 1938.

**Insulinothérapie comatogène et cardiazolthérapie convulsivante.**  
par MM. Paul COURBON et ASSUAD

A propos de ces méthodes nouvelles qui furent l'objet de tant de discussions et que l'un de nous réunit sous le nom de « sismothérapie », nous nous contenterons de signaler ici quelques remarques dictées par notre expérience personnelle et qui nous paraissent n'avoir pas suffisamment retenu l'attention des auteurs.

**I. Cardiazolthérapie convulsivante**

*a) A propos de ses effets.* Elle s'est révélée inoffensive chez les malades, tous âgés de moins de 40 ans et à système cardiovasculaire intact, auxquels nous l'avons appliquée. Mais l'intensité des troubles respiratoires, et de l'arythmie qui suivent parfois les convulsions, l'ascension de la tension artérielle pendant la crise (nous l'avons vue pendant le stertor être à 22, et peut-être avait-elle été beaucoup plus haut pendant que les convulsions empêchaient de la noter, alors qu'avant l'injection elle était de 15) sont de nature à inquiéter le médecin et à faire poser comme condition essentielle de son application l'intégrité absolue du cœur et des vaisseaux.

Elle produit des guérisons définitives au bout de quelques injections, surtout quand l'attaque a été violente et a été suivie d'un état asphyxique et nauséux très accentué. Nous citerons le plus typique des cas que nous avons observés, celui par lequel avait été définitivement ébranlé le scepticisme en matière thérapeutique, du psychologue Charles Blondel.

Il s'agissait d'une jeune femme de 24 ans qui, depuis quelques mois, 15 mois après son accouchement, présentait tous les signes du syndrome hétérophrénocatatonique : négativisme, maniérisme stéréotypé, discordances, flexibilité cirreuse, rires sans cause, inaffectivité. Elle reçut une seule injection de 45 cm<sup>3</sup> de cardiazol qui faillit la tuer, tant l'asphyxie fut intense, tant les troubles des rythmes respiratoire et cardiaque furent longs à se dissiper. Les nausées, l'abattement, le faciès grippé durèrent toute la journée. Mais, le lendemain, elle était métamorphosée. Lucidité, critique, sentiments revinrent et s'accrochèrent progressivement. Au bout de quelques semaines, elle partait totalement guérie, il y a de cela deux mois.

Mais de telles guérisons, si rapides et surtout durables, sont ra-



res. Le nombre des guérisons qui, quoique cliniquement complètes, ne durent que quelques mois, ou même quelques jours, est bien plus nombreux. Le simple fait de franchir la porte de l'asile, après signature de la sortie pour guérison, le fait encore beaucoup moins émouvant de passer du quartier de l'infirmerie à celui des travailleurs suffit à provoquer des rechutes.

Quand il n'y a pas guérison, il y a transformation. Mais il est tout à fait exceptionnel que sept ou huit injections n'aient rien modifié au tableau clinique. Cette métamorphose des syndromes les uns dans les autres mériterait une étude. Elle peut constituer un argument pour les adversaires de la doctrine des constitutions en psychiatrie.

Toutes les remarques précédentes permettent de conclure d'une part, avec beaucoup d'auteurs, qu'il faudrait trouver une thérapeutique dont l'association au cardiazol consoliderait les effets de celui-ci, et, d'autre part, que la gravité de l'asphyxie ou plus exactement la gravité des troubles neuro-végétatifs semble en rapport avec la perfection de la guérison.

b) *A propos de la préparation du malade à la recevoir.* Il est classique d'écrire qu'une injection qui ne produit pas de convulsion produit une agitation anxieuse compensatrice, et que, pour juguler celle-ci, il faut immédiatement repratiquer une injection qui, elle, amènera la crise convulsive.

Notre expérience dément cette assertion. Nous avons souvent provoqué, sans le vouloir, cet avortement de la crise convulsive, soit par insuffisance de la dose du médicament, soit par insuffisance de rapidité de l'injection. Et le plus souvent rien ne s'est passé du tout. Il n'y a eu ni anxiété, ni agitation. Aussi, en pareil cas, ne recourons-nous jamais à cette adjonction immédiate d'une nouvelle injection pour juguler des réactions qui n'existent pas. Les seules malades qu'une injection non convulsivante agite ou rend plus anxieuses, sont celles qui étaient en état d'agitation, ou d'anxiété, ou qui résistaient au moment où on leur a fait la piqûre.

Il faut donc, à force de dialectique et surtout de patience, arriver à faire la piqûre au malade sans qu'il s'en doute, ou, mieux, avec son consentement et en pleine période de calme. Il est logique de penser que si les conditions du malade, quand il reçoit une injection, influe sur l'effet de la crise avortée, elles influent de même sur la crise réussie. Par conséquent, il y a lieu de rechercher l'état optimum dans lequel il faut mettre le malade pour que l'injection qu'on va lui faire produire les meilleurs résultats.

On remarquera que tous les observateurs ajoutent une grande importance à la préparation morale et physique du sujet sur lequel doit être exercé un stimulus quelconque. Les directeurs de conscience, en matière religieuse, recommandent les neuvièmes préparatoires et parlent d'état de grâce. Les biologistes décrivent l'état de réceptivité. Pawlow a montré l'échec de la production des réflexes conditionnés quand l'état requis pour la réussite de l'expérience n'est pas réalisé. Les chirurgiens prudents préparent mentalement et physiquement leur client avant de l'opérer. Imitons-les.

c) *A propos de ses indications.* Ne voulant pas transformer en discussion nosographique, essentiellement théorique, une discussion thérapeutique purement pratique, nous n'userons d'aucune étiquette de classification. La cardiazolthérapie convulsivante convient à tous les cas dont le pronostic est sévère, menaçant de rester chronique ou d'évoluer vers les pires déchéances, *à la condition expresse que le système cardio-vasculaire du sujet soit absolument intact.* Nous connaissons un cas de mort qui n'a pas encore été publié.

## II. Insulinothérapie comatogène

a) *A propos de ses effets.* Elle est plus dangereuse. Le danger pendant plusieurs mois est journalier. Il dure plusieurs heures quotidiennement. Le cardiazol est volatilisé en quelques minutes. L'insuline met des heures à être détruite. Et si l'on a trop tardé à passer la sonde, s'il y a vomissement du sirop sucré, on est à la merci d'une fausse route et d'une dérobade des veines pour arrêter ses méfaits. Le médecin ne retrouve sa tranquillité que lorsque le malade s'est réveillé, a mangé et digéré son repas.

Les morts sont plus fréquentes qu'on ne l'écrit. Nous en connaissons dont la publication n'a pas été faite, et plusieurs nous ont été colportées sous le manteau. Tous les confrères qui les ont constatées n'ont pas encore eu le courage de notre collègue Cossa. C'est un tort. Il n'y a aucune honte, on n'a aucun reproche à se faire de n'avoir pas réussi à guérir un malade quand on n'a commis ni faute ni imprudence dans l'administration d'une thérapeutique universellement pratiquée. C'est rendre service à tous les malades et à tous les médecins que de publier les détails des circonstances d'une mort et des lésions constatées à l'autopsie. C'est empêcher la création d'une légende erronée qui aboutirait à la condamnation injuste de la méthode.

Ces publications en effet ont le double avantage d'indiquer les

mesures prophylactiques de ces accidents, et de permettre une appréciation plus exacte du danger immédiat de l'insulinothérapie comatogène.

Mais elles ne renseignent guère sur les dangers à longue échéance auxquels Baruk faisait allusion, concernant les cicatrices des menues ruptures vasculaires produites par les chocs insuliniques.

Quoi qu'il en soit, actuellement, on ne peut contester les guérisons parfois miraculeuses de l'insulinothérapie comatogène, miracles qui, malheureusement, ne sont pas tous d'une longue durée.

*b) A propos de la préparation du malade à la recevoir.* Ce que nous disons à ce sujet du cardiazol est d'ordre général. L'importance des conditions matérielles et morales de l'insulinothérapie a été maintes fois affirmé par Claude et maints autres auteurs. Pour nous, les garanties de l'avenir commencent dès le passé. La préparation du malade à recevoir l'insuline, est sans doute pour beaucoup dans l'efficacité ultérieure de celle-ci.

*c) A propos de ses indications.* L'insulinothérapie est plus dangereuse que le cardiazol. Elle est infiniment plus coûteuse puisqu'elle exige la consommation de plus de cent unités d'insuline par jour pendant des mois. Elle est beaucoup plus difficile à appliquer puisqu'il faut des dispositions matérielles relativement compliquées et la collaboration d'un personnel d'élite. C'est donc une thérapeutique d'exception réservée pour les cas désespérés, aux médecins qui disposent des ressources et des collaborations qu'elle exige.

III. CONCLUSIONS. — Admirables parfois par leurs résultats inespérés, toujours inquiétantes par l'intensité des troubles physiologiques qu'elles doivent parfois atteindre pour être efficaces (l'étendue de la régression est dans les cas graves proportionnée à la gravité des troubles végétatifs), le plus souvent décevantes par l'infidélité et l'instabilité de leurs guérisons, la cardiazol-thérapie convulsivante et surtout l'insulinothérapie comatogène ne sont à employer qu'après échec des thérapeutiques étiologiques, physiologiques, sédatives et tonifiantes ordinaires, et sur des sujets dont les organes sont en pleine validité.

L'insulinothérapie comatogène étant d'une application longue, coûteuse, difficile, et incontestablement plus dangereuse, sera réservée aux cas désespérés.

Entre autres moyens capables de conjurer l'infidélité et l'instabilité de ces thérapeutiques, nous insistons sur la préparation

mentale et physique du sujet à qui on va les appliquer. Les mettre en état de réceptivité parfaite serait peut-être assurer la stabilité de leurs guérisons.

Enfin, la publication de tous les cas de morts et des trouvailles des autopsies serait le meilleur moyen de préciser la gravité du danger immédiat que leur application fait courir, et de permettre de trouver celui de la rendre sûrement inoffensive.

**Les sismothérapies anciennes et modernes en psychiatrie,**  
par MM. Paul COURBON et Jean PERRIN

Les deux thérapeutiques convulsivante et comatogène, à l'étude desquelles est consacrée la séance d'aujourd'hui, n'ont pas pour unique caractère commun la contemporanéité de leurs découvertes. Elles se ressemblent encore par le bouleversement soudain et dramatique que leur application détermine instantanément, dans les fonctions organiques et psychiques du malade, bouleversement qui les fit qualifier par l'un de nous de thérapeutiques pansismiques et qui leur vaut la réprobation indignée de maints spectateurs, même médecins. Ces thérapeutiques modernes des psychoses par le bouleversement, nous voudrions, sous le nom de sismothérapie psychiatrique, les rapprocher des traitements anciens de la folie par des bouleversements analogues, qui, eux aussi, furent à la fois pratiqués et décriés jadis. Ce rapprochement nous permet de distinguer une sismothérapie mécanique constituée par la précipitation dans l'eau, la rotation en l'air et la douche glacée ; une sismothérapie psychique constituée par l'intimidation ; une sismothérapie parentérale constituée par le cardiazol convulsivant et l'insuline comatogène.

Pour faire accepter le néologisme sismothérapie, nous rappelons que les anciens donnaient, de l'épilepsie, cette définition imagée, « elle est le tremblement de terre de l'homme », et que la crise épileptiforme, élément indispensable du complexe cardiazolique curateur, se rencontre très fréquemment avant le coma insulinique provoqué.

**I. DESCRIPTION DES SISMOTHÉRAPIES**

**Sismothérapie mécanique.** — Elle consiste à produire le bouleversement par la commotion ou ébranlement mécanique du corps. Elle s'obtient par 3 procédés : la précipitation dans l'eau, la rotation en l'air, la douche glacée.

a) *La précipitation dans l'eau*. — C'est la plus ancienne des méthodes thérapeutiques de la folie. Elle était appliquée en Grèce sous le nom de Katapontismos par les prêtres d'Apollon dans le Temple de Leucade, dont les ruines jonchent encore le sommet de la belle et blanche falaise que longe le bateau voguant de Corfou à Ithaque. Le malade, lié à des oiseaux marins dont le vol ralentissait sa chute, était précipité du Temple dans les flots d'où les prêtres, portés sur des barques, le repêchaient à l'aide de filets, après lui avoir laissé boire un bon coup.

Ce saut de 72 mètres de hauteur ne guérit pas l'illustre poétesse Sapho qui se noya en cherchant un remède à l'amour hétérosexuel non partagé que lui avait inspiré le berger Phaon (8). Il avait été fatal aussi au jeune Leucade qui fut le premier à l'accomplir pour se dérober à l'étreinte homosexuelle d'Apollon, et à Calyce (1) qui est la plus ancienne héroïne des romances sentimentales que l'on connaisse (2). Mais il était efficace au temps de Cicéron et de Strabon (3). Il est représenté dans les stucs de la basilique de la porte Majeure, récemment découverte à Rome (22).

Le procédé resta en honneur sous le nom de « saut de Leucade » ou de « bain surprise » pendant tout le Moyen Âge et bien plus tard, jusqu'au xix<sup>e</sup> siècle. Et l'on inventa, pour l'appliquer, des engins spéciaux. La mer et les rochers n'existant pas partout, on recourait à l'eau courante d'une rivière ou d'un fleuve, ou mieux à l'eau stagnante d'un bassin quelconque. Et l'on y plongeait le malade dans un panier attaché au bout d'une longue corde que manœuvrait un treuil. Une gravure parue dans le *Jahrhrundertbuch*, de Kræpelin (21), représente un kiosque à trappe installé au milieu d'un pont.

Le plus ardent propagateur de cet usage thérapeutique de l'eau fut, au xvii<sup>e</sup> siècle, le fameux Van Helmont (4), ce qui est paradoxal, car il se qualifiait lui-même de médecin par le feu, à cause des innombrables cuissons et distillations auxquelles il soumettait ses préparations médicamenteuses. Ayant constaté la guérison soudaine d'un fou, à l'Hôpital d'Anvers, retiré à moitié mort d'un étang où il se noyait, il ordonnait de maintenir l'immersion jusqu'à la perte complète de connaissance : « Idcirco inveniendum erat remedium quod posset occidere, necare, tollere aut obliterare præfatam illam amentiaë imaginem. »

Après lui, Boërhave (5) écrivait : « *Præcipitatio in mare, submersio in eo continuata quamdiu feri potest, princeps remedium est contra maniam.* »

La même prescription du maintien sous l'eau jusqu'à mort



apparente fut faite plus tard par Van Swieten (7) dont on sait qu'il était appelé par ses rivaux : « le tyran des esprits et l'assassin des corps ». Pour plus de précisions, nous dit Broussais (14), en 1828, on mesurait la durée de l'immersion à celle de la récitation de la prière du *Miserere*. C'est donc l'état d'asphyxie que visaient tous ces thérapeutes. Il fallait l'atteindre pour qu'il y ait guérison.

Or, ceci est à retenir, car l'anoxémie est une perturbation qui se retrouve à la fois dans la crise cardiazolique où il y a très souvent cyanose manifeste, et avant ou pendant le coma insulinaire où il y a toujours perturbation des mouvements respiratoires.

Sans prétendre au parallélisme obligatoire entre la gravité de l'asphyxie terminale d'une crise ou d'un coma et l'importance de la régression des troubles mentaux qui lui est consécutive, on doit reconnaître que parfois ce parallélisme est frappant. Nous l'avons noté souvent, notamment, sur une femme hébéphrénocatatonique avec maniérisme, discordances, stéréotypies, rires sans cause, flexibilité cireuse, qui guérit complètement et progressivement, à la suite d'une seule injection de cardiazol qui avait failli la tuer, tant l'apnée avait été longue, tant la cyanose avait été intense, tant les vomissements et la tachyarythmie avaient persisté. Nous n'osâmes plus recommencer d'injection, et, malgré cela, en une quinzaine de jours, la lucidité, la mémoire, la critique, la validité théorique et pragmatique revinrent et cette jeune mère de 24 ans fut rendue à son mari et son enfant âgé de 20 mois. Ce cas avait formidablement ébranlé le scepticisme en matière thérapeutique, du psychologue Charles Blondel, qui nous avait mis au défi de le modifier, tant il lui paraissait incurable.

Retenons donc que les effets de la précipitation sous l'eau, qui se faisait à petits coups répétés, le malade étant retiré et replongé autant de fois que cela était nécessaire pour provoquer la perte de connaissance, ressemblaient aux effets de l'insulinothérapie comatogène, encore beaucoup plus à ceux de la cardiazolthérapie convulsivante par l'ébranlement musculaire et par l'anoxémie.

b) *La rotation*. — C'est une méthode thérapeutique de la folie que l'on doit au grand-père de l'illustre naturaliste Darwin, le Dr Erasme Darwin (12), méthode qu'il décrit dans son livre de la Zoonomie, paru à Londres en 1794, livre tendant à prouver que tous les phénomènes de la vie animale : organiques, sensitifs et moraux, sont l'effet du mouvement.

Il avait fait construire une couchette horizontale fixée à un pivot vertical. Le malade était couché sur le dos, les pieds du côté du pivot. Et pendant plusieurs minutes, on le faisait tourner.

Cette machine rotative, exportée dans toute l'Europe, y provoqua une vive émotion. Beaucoup la repoussèrent. D'autres l'adoptèrent en la modifiant plus ou moins : Haslam, Fox, Cox (10), Jarwin en Angleterre, Hufeland, Horn, Reil en Allemagne. En Belgique, Guislain et en France Martin (15) de Lyon et Esquirol l'essayèrent. Des dessins de Georges Meunier, parus dans la *Revue Encyclopédique* de 1900, et reproduisant des pièces conservées dans divers musées psychiatriques, notamment dans l'Irrenthurm de Vienne, figurent ces divers engins : le tour, cage cylindrique dans laquelle la rotation se fait autour d'un axe vertical, le malade étant assis ou debout ; le tourniquet à secousses, dans lequel la rotation se fait de même, mais agrémentée de soubresauts verticaux ; le tambour à rotation qui, roulant comme une roue, culbute alternativement, sur la tête et sur les pieds, le malade qu'il renferme ; le bateau tournant, qui est une couchette flottante permettant de terminer la rotation par une immersion.

« L'effet provoqué par ce mouvement, écrit Guislain (18), est analogue à celui que l'on éprouve dans le mal de mer. Il produit un sentiment difficile à définir : de la frayeur, de la pâleur, un ralentissement remarquable dans le pouls, presque toujours des nausées et des vomissements. » Esquirol (15) insiste sur les évacuations alvines, ce qui est une ressemblance de plus avec le mal de mer, les épistaxis, les syncopes, les ictus. Et Marcé (20) affirme que le sommeil suivait.

Or, malgré l'immobilité de son lit, le malade insuliné est aussi secoué par son agitation musculaire que l'était le malade dans son tourniquet en mouvement. Comme lui, il finit par s'endormir après avoir eu de la frayeur, de la pâleur, du ralentissement du pouls, des nausées, des vomissements, du relâchement des sphincters. Et après guérison, il compare lui aussi au mal de mer les états par où il a passé.

Remarquons encore ici le rôle de l'anoxémie. Dans le mal de mer véritable, disait le Professeur de Physiologie, Raphaël Dubois, il y a toujours anoxémie par défaut de ventilation, l'effort pour résister au tangage suspendant la respiration. Dans le mal de mer par rotation, c'est l'effort de résistance au tournoiement qui produit le même effet. On ne sait par quoi, pendant le coma et le précoma insulinique, sont produits les troubles

respiratoires, mais ils existent et leur existence conditionne l'anoxémie.

c) *La douche glacée.* — C'est une méthode qui fut toujours appliquée. Elle consistait essentiellement en une projection d'eau froide sur la tête du patient, maintenu de force dans un bain d'eau de même température. Mais chacun l'appliquait avec des variantes. Quand l'eau était tiède, la grande durée de l'averse amenait le froid par évaporation. Rech (17) la décrit longuement.

Il s'agissait, tantôt d'une averse en un seul jet large comme une colonne, tantôt d'une pluie de filets multiples tombant de 7 à 8 pieds de hauteur, pendant un quart d'heure, ou plus longtemps. Comme le dit Esquirol qui, ainsi que Pinel (13), condamna l'abus qu'on en fit, elle agissait par le froid et par la percussion.

On la remplaçait parfois par l'application de neige sur la tête, dit Morel (19).

La douche « cause des cardialgies et des envies de vomir ; après son application les malades sont pâles, quelquefois jaunes », écrit Esquirol. Elle suffoque, écrit Rech. Il est aisé de compléter cette description par l'évocation du grelottement, de l'horripilation et du bleuissement que cause toujours le froid, et par le rappel de l'effet anoxémiant de l'effort que faisait le sujet pour fuir. On obtient ainsi un tableau du sujet douché à l'ancienne mode, qui est le tableau même du sujet cardiazolisé à la nouvelle.

*Sismothérapie psychique.* — Elle consiste à produire le bouleversement par l'émotion ou ébranlement moral de l'esprit. C'est ce que Guislain appelait l'hyposthénisation morale. C'est l'intimidation.

La valeur psychothérapique de la frayeur a été reconnue de tout temps. Si Hippocrate n'en parle pas, Celse la proclame en disant du frénétique : « fame, vinculis, plagis, coercendus est ». Et elle est préconisée par maints auteurs, par Willis (6) qui l'employa contre la folie de son roi George III d'Angleterre, Cullen (9), Daquin (11) et bien d'autres. « Citius per supplicia et cruciatus in gurgustis, quam pharmacia aut medicamentis curantur », écrit Willis des maniaques.

Cette frayeur était déterminée non seulement par la menace, mais par l'application réelle de violences corporelles : coups, fustigations, douches, si bien que l'ébranlement de l'esprit était toujours accompagné d'ébranlements du corps plus ou moins nombreux.

Leuret (16), ancien interne d'Esquirol, dans son *Mémoire sur le traitement moral de la folie*, paru il y a juste 100 ans, prétend concilier l'emploi de la frayeur avec l'exercice de la bonté. Pour obtenir l'abstention et la rétractation de toute parole et de toute manifestation délirantes, il usait de l'intimidation non seulement par injures, menaces, mais avec application immédiate de la douche (qualifiée pour la circonstance « soufflet moral » par Solbritz d'Erlangen) avec mise au pain sec et avec incarcération. Par ailleurs, il comblait l'intimidé d'attentions et de prévenances, le conduisant à la promenade, au cabaret, au théâtre et surtout au concert, car il croyait à la vertu de la musique. Assurément il avait les meilleures intentions du monde, et il était d'un dévouement et d'une probité parfaits.

Et voici, d'après le journal intime de l'un d'eux, publié par Leuret lui-même, l'état dans lequel vivaient les malades traités avec cette sollicitude si énergiquement tendre : « J'ai toujours pensé et dit que M. Leuret est un homme d'honneur, voulant le bien, le voulant même pour moi ; je n'ai différé que quant aux moyens. L'état de trouble, de crainte, de frayeur, de tremblement où m'a jeté nuit et jour ce qui s'est passé, et que j'appréhende à chaque instant de voir se renouveler, a dû me donner cette pensée quant aux moyens. Sur l'honneur, je suis à tout instant comme si on m'arrachait la chair avec les tenailles, je ne saurais dépeindre dans quelle situation de mal-être me placent les circonstances que je mentionne. » (*Traitement moral de la folie*, Paris, 1840, p. 335).

Cette confession d'un des malades soumis au traitement moral du bon Leuret nous prouve que leur frayeur n'avait pas de répit. Son système par la bonté n'a de comparable que le système par la douceur des deux héros d'Edgar Poë : le docteur Goudron et le professeur Plume.

Or les signes physiques de la frayeur, hérissément des cheveux, chair de poule, tremblement, sont précisément ceux que l'on retrouve sous le nom de réflexe ansérique et de convulsions pendant la crise cardiazolique.

Ajoutons que l'effort pour se raidir contre la douleur morale et physique, entravant la ventilation pulmonaire, amenait peu ou prou d'anoxémie et que lorsque la douche réfrigérante avait été administrée, le grelottement et les spasmes du froid amplifiaient les effets biologiques de la frayeur.

**Sismothérapie parentérale.** — Elle consiste à produire le bouleversement par injection de substances choquantes dans l'organisme.

Sans revenir sur les syndromes archi-décrits qui suivent l'administration du cardiazol à dose convulsivante et de l'insuline à dose comatogène, nous nous bornerons à les énumérer en faisant remarquer que la supériorité numérique des signes de bouleversement, par les agents chimiques, a pour cause la supériorité numérique des moyens de les découvrir. Au temps de la précipitation dans l'eau, de la douche glacée, de la rotation, de l'intimidation, on ne savait pas mesurer la tension, analyser les humeurs, rechercher les réflexes.

Les doses massives d'insuline et de cardiazol, par une dislocation fonctionnelle générale, engendrent le désordre anarchique de toutes les fonctions. Accélération et arythmie du pouls ; écarts entre les tensions maxima et minima ; perturbations du rythme respiratoire ; profusion de toutes les sécrétions ; chute énorme de la température ; variations du taux de la glycémie et des autres propriétés physicochimiques du sang ; hippus pupillaire et nystagmus ; inversion et abolition des réflexes ; secousses musculaires ; onirisme et coma. Voilà pour l'insuline.

Convulsions, érection des poils, des mamelons, du pénis, éjaculations, marbrures, alternatives de rougeur et de pâleur, de mydriase et de myosis, sialorrhée, sudation ; disparition ou inversion des réflexes ; tachyarythmies, dyspnée, cyanose, coma. Voilà pour le cardiazol.

## II. COMPARAISON DES SISMOTHÉRAPIES

Il convient, maintenant qu'elles ont été décrites, de confronter les sismothérapies anciennes et les sismothérapies modernes.

1. *Au point de vue spectaculaire*, toutes les sismothérapies sont équivalentes. La mimique affolée, les gestes de détresse et de résistance du patient soumis malgré lui à des noyades répétées, à des girations forcenées, à des réfrigérations interminables, à des menaces et des violences, étaient aussi impressionnants à regarder que le foudroiement convulsif par le cardiazol et la chute tumultueuse vers l'anéantissement par l'insuline. Ce sont là, peut-on dire, si l'on ne craint pas de jouer sur les mots, spectacles aussi bouleversants pour la sensibilité du spectateur que pour l'organisme de l'acteur.

2. *Au point de vue moral*, la sismothérapie moderne est radicalement différente des sismothérapies anciennes. Les injections parentérales sont faites au malade dans son lit, sans aucune douleur, sans aucune mise en scène terrifiante, presque sans



qu'il s'en doute. Il perd immédiatement toute sa conscience avec le cardiazol, beaucoup de sa conscience avec l'insuline.

Au contraire, les longs préparatifs de l'exécution des précipitations dans l'eau, des rotations en l'air, des douches glacées, des intimidations, mettaient le malade dans un état d'attente anxieuse. Et il conservait toute sa lucidité pendant la plus grande durée de l'application. Il était littéralement soumis à la torture.

Aujourd'hui, avec la pratique des injections massives de cardiazol et d'insuline, l'angoisse est pour le médecin qui épie en tremblant tous les signes d'alarme pour les conjurer. Elle n'est pas pour le malade qui ignore les dangers qu'il court et qui n'a plus sa connaissance.

Par conséquent, moralement on doit condamner la sismothérapie ancienne, mais on doit au contraire honorer le sismothérapeute moderne qui consent à tenter des thérapeutiques exigeant tant de soins de sa part et de celle de ses collaborateurs, pour sauver son malade. On ne saurait trop estimer la peine physique et morale de la surveillance des progrès de l'insuline. Et il faut admirer Sackel et von Meduna qui eurent l'audace d'explorer les confins de la mort pour en rapporter ces découvertes précieuses.

3. *Au point de vue médical*, il faut envisager séparément les effets biologiques, les effets thérapeutiques et les mécanismes curateurs.

a) Les perturbations biologiques sont sensiblement les mêmes dans toutes les sismothérapies.

C'est le même état biologique qui, après l'injection de cardiazol, après la précipitation dans l'eau, après la douche glacée, après l'intimidation, fait apparaître l'instabilité motrice qui se traduit soit par des convulsions, soit par du grelottement, soit par du tremblement, qui fait apparaître la contracture lissomotrice appelée ici chair de poule, la horripilation, ailleurs réflexe ansérique, qui fait apparaître les spasmes vasomoteurs producteurs de marbrures, qui fait apparaître les décolorations faciales allant de la pâleur cadavérique à la cyanose asphysique, et qui aboutit enfin à la même perte de connaissance.

C'est le même état biologique qui, après la rotation en l'air et après l'injection massive d'insuline, fait apparaître l'agitation et l'inquiétude psychomotrices, les hypersécrétions de sueurs et de salive, les nausées, les vomissements, les vertiges, les tachyarythmies, les relâchements sphinctériens, les décolorations du visage et la perte de connaissance.

b) Les effets thérapeutiques des sismothérapies anciennes auxquelles on a partout renoncé et des sismothérapies nouvelles que beaucoup hésitent encore à appliquer sont-ils comparables entre eux ? Parfaitement oui, car on ne saurait traiter d'illuminés ou de sadiques, les nombreux médecins qui, au cours des siècles, usèrent de ces traitements, les trouvant efficaces. Certains maîtres, tels Guislain et Esquirol, dont la sagesse et l'esprit d'observation éclatent dans les ouvrages qu'ils ont laissés et qui abandonnèrent ces méthodes, reconnaissent cette efficacité. Voici ce qu'en écrit Guislain : « Chacun de ces agents invoqués, dans le but de réprimer les impulsions violentes de l'aliéné, peut produire des résultats satisfaisants. Telle est, par exemple, la douche qui, si elle a nui quelquefois, a été souvent très utile ; tel est aussi l'acte de plonger le malade dans l'eau qui, quoique généralement abandonné aujourd'hui, a été plus d'une fois d'une influence salutaire ; tel est enfin l'appareil rotatoire qui, en dépit de toutes les récriminations dont il a été l'objet, a permis d'enregistrer plus d'un succès... Je dois dire que lorsque l'emploi du fauteuil rotatoire est fait avec une certaine prudence et sous les yeux d'un médecin habile, on n'a nullement à redouter les effets qu'on lui a attribués. »

On peut conclure de cette citation que les causes de l'abandon des sismothérapies anciennes furent d'une part l'inadmissible cruauté de leur application et d'autre part l'infidélité de leurs succès.

Les résultats de la cardiazolthérapie convulsivante et de l'insulinothérapie comatogène sont-ils meilleurs ? On ne peut répondre faute de précision sur ce que constatèrent nos ancêtres. Les résultats d'aujourd'hui sont certains. Ils sont même parfois d'une évidence indiscutable. Mais ils sont extrêmement décevants, par leur instabilité.

c) Les mécanismes curateurs invoqués par les anciens et les nouveaux sismothérapeutes pour se donner une explication de leurs initiatives mériteraient une étude.

Nous serons brefs car les théories ne sont que des mots. Et si nous ne comprenons pas bien ce que nos devanciers voulaient dire, il n'est pas sûr que nos successeurs nous comprendront mieux. Aussi n'exprimerons-nous là-dessus aucune opinion personnelle.

Les disciples d'Hippocrate pensaient par le froid de la douche glacée refroidir le chaud mélange de sang et de bile qui conditionnait la frénésie, et, par les secousses des précipitations, des coups et des menaces, rétablir le cours du sang arrêté par la bile.

Pour les disciples de van Helmont, les secousses remettaient en place les archées et le duumvirat de l'âme dont le siège normal est au cardia et au pylore. Pour les humoristes, elles remettaient en place les humeurs. Pour les mécanistes, elles remettaient en ordre les mouvements.

Aujourd'hui, on invoque le repos reconstituant des cellules pendant le coma, la destruction des frayages pathologiques, le blocage vagotonique, le rétablissement des frayages normaux, le choc provocateur de défense vitale, le bouleversement humoral.

CONCLUSIONS. — Sismothérapies anciennes : *mécanique* par la précipitation sous l'eau, par la rotation, par la douche glacée, et *psychique* par l'intimidation, ressemblent aux sismothérapies modernes parentérales du *cardiazol convulsivant* et de l'*insuline comatogène* à la fois par le caractère dramatique de leurs effets immédiats et par la communauté des perturbations biologiques qu'elles déterminent.

Les sismothérapies anciennes sont à proscrire non parce qu'inefficaces, mais parce que cruelles.

Les sismothérapies modernes sont d'une efficacité incontestable, mais souvent défailante et presque toujours peu durable. Elles ne sont pas cruelles et leur application est indiquée, après échec des autres thérapeutiques, lorsque le sujet a tous ses organes en parfaite validité.

Sans attendre la connaissance complète du mécanisme de leur action, on peut les employer en se rappelant cette phrase de Claude Bernard, si consolante pour notre ignorance, mais si terrible pour notre paresse : « Nous pouvons plus que nous ne savons. »

#### BIBLIOGRAPHIE

1. STÉSICHORE. — *Poèmes du VI<sup>e</sup> siècle avant Jésus-Christ*. — *Stesichoris himensis fragmenta*, par Klein (Berlin, 1828).
2. ARISTOXÈNE. — *Eléments harmoniques* (Athènes, 350 avant Jésus-Christ).
3. STRABON. — *Géographie* (I<sup>er</sup> siècle après Jésus-Christ. Traduction Tardieu, Paris, 1867).
4. VAN HELMONT. — *Demensira Opuscula medica inaudita* (Cologne, 1644) ; *Ortus medicinæ* (Amsterdam, 1648). — MANDON : *Biographie et historique critique des œuvres de Van Helmont* (Bruxelles, 1868).
5. BËRHAÏE. — Cité par PANDY : *Irrenfürsorge in Europa*, p. 379.
6. WILLIS. — *Pathologia cerebri et nervosi generis* (Oxford, 1667).
7. VAN SWIETEN. — Cité par ESQUIROL.
8. BARTHÉLEMY. — *Voyage du jeune Anacharsis*, chap. III (Paris, 1787).
9. CULLEN. — *A Treatise of materia medica* (Londres et Paris, 1789).
10. COX (Mason). — *De mania*. (Leyde, 1787)...

11. DAQUIN. — *Philosophie de la folie* (1792).
12. DARWIN (Erasmus). — *Zoonomie* (Londres, 1794).
13. PINEL. — *Traité médico-philosophique* (Paris, 1801).
14. BROUSSAIS. — *De l'irritation et de la folie* (Paris, 1828).
15. ESQUIROL. — *Des maladies mentales* (Paris, 1838).
16. LEURET. — *Traitement moral de la folie* (Paris, 1840).
17. RECH. — Douches et affusions froides dans le traitement de l'aliénation mentale. *Annales Médico-Psychologiques*, 1847, p. 144.
18. GUISLAIN. — *Leçons orales sur les phrénopathies* (Gand, 1852).
19. MOREL. — *Traité des maladies mentales* (Paris, 1860).
20. MARCÉ. — *Traité des maladies mentales* (Paris, 1862).
21. KREPELIN. — *Hundert jahr Psychiatrie* (1918).
22. CARCOPINO. — *La basilique pythagoricienne de la porte Majeure* (1927).

### Discussion sur les deux chocs cardiazolique et insulinique

M. P. RUBENOVITCH. — Les problèmes soulevés par les thérapeutiques actuelles en psychiatrie sont si importants que, quelle que soit la manière plus ou moins ordonnée avec laquelle on les aborde, ils retiennent l'attention et suggèrent des réflexions.

Le Professeur Claude et moi-même ne pouvons nous empêcher d'exprimer la vive satisfaction que nous cause l'adhésion enfin obtenue de tant de nos collègues, adhésion qui ne nous surprend pas, malgré le scepticisme et l'opposition qui accueillirent la publication de nos premiers résultats remontant déjà à près de 3 ans.

Nous nous sommes engagés dans cette voie, encouragés par les observations publiées par Müller, Repond et Bersot, qui furent parmi les premiers à s'intéresser aux travaux de Sakel, dont les premières publications sur ce sujet remontent en réalité à 1933.

Nous nous réjouissons d'autant plus de la diffusion de ces méthodes que nous avons fait depuis trois ans, dans notre service d'insulinothérapie de la Clinique, un effort continu pour amener nos confrères à s'intéresser aux résultats qu'on en pouvait attendre.

Cependant, il nous arrive parfois de nous demander si l'intérêt suscité par les méthodes de traitement n'a pas déchainé un enthousiasme, certes louable dans certaines limites, mais dont il faudrait se méfier s'il avait pour conséquence l'inobservance des *mesures de sécurité* et d'observation rigoureuse des malades, mesures absolument nécessaires pour la conduite correcte de la cure.

Après une enquête approfondie, dont les résultats doivent paraître prochainement dans un ouvrage actuellement sous presse, nous sommes parvenus à la conviction que les incidents

dramatiques qui se produisent (et ne figurent habituellement dans aucune statistique), seraient facilement évitables par une meilleure organisation des salles de traitement qui, nous le répétons, devraient adopter les principes d'installation des salles de chirurgie.

L'apparition de ces accidents a comme inconvénient, dans les services où ils apparaissent, d'engendrer par contre-coup une certaine timidité dans la conduite de la cure, d'incertains échecs inadmissibles et un taux de résultats favorables insuffisant.

Comme nous l'avons déjà dit, le *principe essentiel* de la méthode consiste à créer les conditions d'observation minutieuse qui permettent au médecin traitant de fixer pour *chaque cas la forme et l'intensité* du choc qui lui conviennent. Aucune donnée n'existe permettant de fixer ces facteurs d'avance.

La seule chose que nous puissions avancer avec certitude est la suivante : c'est que la progression méthodique des doses d'insuline nous permet d'atteindre un certain seuil de choc favorable, très variable selon les sujets. Une fois ce seuil atteint, le malade présente des *phases alternantes*, de sensibilisation et d'accoutumance. C'est pourquoi, dans une cure assez longue et bien menée, la progression des doses d'insuline doit se faire selon une ligne sinusoïdale.

Ces diverses considérations sont trop souvent négligées. Selon nous, il découle du principe que nous venons d'énoncer qu'il est impossible de préconiser, comme le fait M. Abély, tel ou tel nombre de comas. Dans certains cas, nous obtenons des résultats excellents avec des chocs minimes atteignant à peine la phase de choc humide. Dans d'autres cas, 50 à 60 comas profonds ont été nécessaires. Ce qui nous paraîtrait plus important, c'est d'insister sur le *danger* des comas prolongés, c'est-à-dire dépassant 30 à 45 minutes.

La plupart des cas de mort que nous avons pu étudier ont été enregistrés à la suite de comas ayant atteint ou, à plus forte raison, dépassé une heure.

On a parlé du danger des *comas sans hypothermie*. En réalité, il s'agit là de sujets qui ont des réactions biologiques particulières, souvent paradoxales, et, la plupart du temps, présentant au moins quelques petits signes frustes de la série catatonique. Ce qui est à craindre chez ces sujets, c'est, après le resucrage, un véritable état de choc *hyperglycémique* accompagné des mêmes phénomènes cliniques d'ordre neuro-végétatif que l'état de choc hypoglycémique, avec cette seule différence que la température s'élève au-dessus de 37° et peut même atteindre 38° ou



39°. Nous sommes convaincus que ce sont les cas qui ont causé le plus grand nombre des accidents enregistrés, par suite d'une erreur d'interprétation des phénomènes observés, ayant entraîné la mise en œuvre d'un traitement inadéquat.

En effet, l'état de choc réapparaissant peu de temps après le resucrage, on a tendance à l'attribuer à la réapparition d'un état hypoglycémique, et on redonne du glucose au malade. C'est là une faute grave, cause d'accidents parfois mortels.

Cette cause d'erreur peut être évitée à coup sûr, si le médecin traitant recourt immédiatement au Laboratoire, qui révélera un état d'hyperglycémie au lieu de l'état d'hypoglycémie présumé.

C'est pourquoi nous regrettons qu'on n'insiste pas davantage sur la nécessité de pouvoir disposer d'un *laboratoire* à proximité de la salle de traitement, et qui, seul, dans certains cas, peut éviter des fautes irréparables de technique.

Nous n'avons jamais, contrairement à M. Abély, constaté d'*aggravation* à la suite d'une cure d'insuline, chez la centaine de malades que nous avons traités depuis trois ans. Nous nous demandons si M. Abély n'a pas fait allusion à ces sujets incomplètement traités et chez lesquels la cure a été arrêtée en pleine réactivation psychosique due au traitement. Il nous a fallu, dans un cas terminé par la guérison, traiter une malade pendant 6 mois consécutifs pour dépasser le stade de réactivation psychosique.

Comment interpréter les taux si différents de *résultats* favorables obtenus selon les services ? Il est habituel de faire dépendre les résultats de l'ancienneté de la psychose, donc du choix des malades. Un autre facteur nous semble primordial, qu'on néglige trop et sur lequel nous ne nous laissons pas d'insister : c'est le *facteur psychothérapique*. Il nous est apparu, en dernière analyse, que les différences des statistiques dépendaient, en grande partie, toutes choses égales par ailleurs, de la psychothérapie associée et consécutive à la cure. Cette psychothérapie nous apparaît trop souvent négligée. Elle devrait être considérée comme faisant partie de la technique même de la cure. Dans une publication récente, Sakel lui-même a fini par se rallier à cette opinion que nous lui exprimions, il y a deux ans, à une époque où seul le facteur physiologique comptait à ses yeux.

On voit que cette question de technique, vue sous un angle un peu large, joue en réalité un rôle considérable.

Nous n'avons noté aucune différence d'action entre les différentes insulines, après avoir comparé l'endopancrine à des insulines étrangères. L'essentiel est de conserver la même provenance d'insuline pour un malade tout au long de sa cure.

La *terminaison de la cure* pose actuellement des problèmes insolubles faute d'organisations adéquates. En effet, tout le monde est d'accord pour effectuer la sortie dès la rémission amorcée.

Or, la plupart de nos malades ne jouissent pas d'un milieu familial possédant les ressources matérielles, ou les aptitudes morales, permettant d'organiser la phase de réadaptation délicate dont va dépendre l'avenir d'une cure favorable. La plupart des rechutes n'ont pas d'autre explication.

C'est pourquoi, nous réclamons avec insistance la création, en dehors des services de traitements techniques, de maisons de rééducation mentale et surtout de réadaptation sociale où serait organisée rationnellement la convalescence de ces malades.

Au sujet des tentatives de consolidation chimiothérapique de la cure, nous avons procédé à divers essais. Parmi ceux-ci, nous signalons surtout *l'électropyrexie*, seule ou associée, selon la technique que nous avons publiée il y a 2 ans et demi, à l'extrait total hypophysaire, lequel, employé seul, est inefficace ou provoque des céphalées pénibles et tenaces.

Parmi les hypothèses sur le mécanisme d'action, nous sommes surpris qu'on ne songe jamais, en ne tenant compte que des phénomènes objectifs, à faire intervenir ce qui nous paraît tenir le premier plan, à savoir les *phénomènes de choc* agissant d'une façon élective sur les centres sous-corticaux.

Nous avons publié, il y a quelque temps, une étude sur cette question, et nous arrivions à la conclusion que l'hypothèse la plus acceptable était celle d'une *action dynamique* élective sur les centres neuro-végétatifs et instinctivo-affectifs du mésencéphale. L'intervention psychothérapique est rendue possible grâce aux modifications progressives de l'affectivité résultant de cette action dynamique. Le témoin d'une telle action nous est fourni par l'apparition de toutes les gammes de l'anxiété — phénomène qui n'a jamais fait défaut dans les cas favorables et que nous n'avons vu manquer que dans les cas défavorables.

De plus en plus, le *cardiazol* ne nous paraît devoir être indiqué que dans les états confusionnels, les états mélancoliques, stuporeux ou les syndromes schizophréniques à début brusque et récent. Nous sommes donc du même avis que MM. Laignel-Lavastine, Gallot, Pichard et les autres orateurs qui nous ont précédé à cette tribune. Pour tous les autres états, en particulier pour les formes délirantes, l'insuline nous paraît infiniment plus efficace.

Mais nous n'hésitons pas à adjoindre quelques accès cardiazoliques au cours de cures insuliniques qui nous donnent l'impres-

sion d'être arrivées à un point mort. Cette façon de faire nous a valu quelques succès certains.

Pour conclure, je dirai, en m'excusant d'avoir aussi longtemps abusé de l'attention de la Société, que ces traitements, biologiques au premier chef, ont eu le mérite, selon moi, de mettre en lumière, d'une façon indubitable, l'importance essentielle des facteurs psychologiques dans la genèse, le processus et la guérison des syndromes schizophréniques.

M. J. DELMOND. — Je voudrais commenter brièvement, parmi tant de documents passionnants qui nous sont offerts, la remarquable communication de MM. Henri Ey et D. Collomb, sur la physiopathologie du choc insulinaire. Je suis très frappé par certaines modalités de l'expression que nous signale M. Ey, dans ces dissolutions profondes de l'activité motrice : je veux parler de ces mouvements de succion, de baisers, de cette mimique buccale si particulière, témoignage d'une régression que l'on pourrait globalement fixer à un stade oral. Je pense que cette étude qui s'intitule modestement « physiopathologie » est de la plus grande importance pour la psychopathologie générale.

Des expressions d'une sexualité anarchique peuvent aussi être notées au cours du traitement par le *cardiazol*. Je voudrais attirer l'attention sur les phénomènes psycho-moteurs qui accompagnent dans certains cas l'éjaculation au cours de la crise cardiazolique. L'émission de sperme ou simplement de liquide séminal est fréquente au cours de la phase clonique des convulsions. Elle se produit généralement sans érection. Elle est parfois précédée de mouvements du bassin, amples, profonds, réguliers, rappelant ceux qu'a signalés Mc Donald Critchley chez des oligophrènes sous le nom de « coït réflexe ». Dans la crise épileptique également se produisent des éjaculations, mais il n'est pas signalé qu'elles soient accompagnées de mouvements à finalité voluptueuse.

Dans deux cas que j'ai pu observer, chez deux hommes catatoniques, les mouvements du bassin étaient très significatifs, pendant toute la période qui termine la phase clonique et celle où le malade gît inconscient et flaccide, donnant l'impression d'un individu qui cherche à prolonger le plaisir sexuel après l'éjaculation. Ils étaient accompagnés d'expressions d'orgasme non équivoques, les paupières mi-closes, les lèvres entr'ouvertes et la respiration sifflante. Dans la période crépusculaire du réveil, les mouvements reprirent dans les deux cas, accompagnés de gestes d'appel de la tête et du bras, d'invites homosexuelles non douteuses vers les infirmiers et l'interne présent.

On a souvent signalé les manifestations amicales du malade au réveil et l'attitude cordiale qu'il développe par la suite et qui peut être l'amorce d'un solide transfert vers le médecin. Mais il importait de mentionner ces manifestations d'une sexualité beaucoup plus chaotique et désordonnée, à des instants de la cure cardiazolique où le malade paraît totalement inconscient. Paul Schilder a pu d'autre part observer (*Psychology of metrazol Treatment of Schizophrenia, J. of Nerv. and mental Dis.*, 87, 133-144, fév. 1939) des avances hétérosexuelles manifestes envers le personnel ou les médecins du sexe opposé.

En dehors de leur énorme intérêt thérapeutique, les cures insuliniqes et cardiazoliques constituent donc un précieux moyen d'étude pour la psychopathologie de la schizophrénie.

M. H. CLAUDE. — Après cette discussion et après tous les travaux, toutes les statistiques publiés sur les deux thérapeutiques qu'on vient d'étudier, il est bien difficile de préciser le diagnostic des cas auxquels elles conviennent. Qu'est-ce que la schizophrénie ? Qu'est-ce que la démence précoce ? Le cas que l'on présente sous une de ces deux étiquettes ne mériterait-il pas mieux l'autre ? Et souvent ne semble-t-il pas qu'aucune des deux ne lui convient ?

On s'enthousiasme, puis on se décourage devant les résultats obtenus, car beaucoup sont précaires ! Comment conclure ?

Ce qui est incontestable c'est qu'on obtient des améliorations considérables de symptômes : des mutismes, des indifférences, des haines, des frigidités, des discordances disparaissent. La personnalité du sujet devient plus abordable, plus capable de s'adapter à la réalité. Et la précocité de l'application du traitement conditionne la perfection de ses résultats.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — En levant cette longue séance, je remercie les présentateurs de leur discipline et de leur concision qui rendit possible l'exécution intégrale du programme. L'énorme affluence des assistants, trop nombreux pour la salle, nous prouve l'intérêt que les psychiatres actuels apportent à la thérapeutique si longtemps négligée par leurs devanciers. Nous ne saurions trop nous féliciter de cette orientation nouvelle de la psychiatrie.

La séance est levée à 19 heures.

*Les secrétaires des séances :*

Paul CARRETTE et Jacques VIÉ.

# SOCIÉTÉS

---

## Société de Neurologie de Paris

---

*Séance du Jeudi 4 Mai 1939*

---

Présidence : M. MONIER-VINARD, président

---

**Associations anatomo-cliniques de dégénérescence pigmentaire pallido-nigrique (Hallervorden-Spatz et Encéphalite léthargique chronique, par M. Ludo VAN BOGAERT.**

Etude anatomo-clinique d'une séquelle parkinsonienne particulière du fait de l'existence, à côté d'une rigidité très intense, de spasmes des abaisseurs de la mâchoire, de mouvements de propulsion de la langue rythmiques et de vraies crises de contracture tonique de la musculature bucco-pharyngée, comme dans le cas de maladie d'Hallervorden-Spatz publié par Clovis Vincent et van Bogaert.

L'étude histopathologique montre dans ce cas la coexistence d'un état fibreux au putamen, d'un état pigmentaire pallido-réticulo-nigrique typique avec démyélinisation et gliose de certaines parties du pallidum, d'une atrophie avec gliose de la substance noire caractéristique de l'encéphalite épidémique chronique.

**Sur la paroi de la cavité médullaire dans un cas de pellagre, dans un cas d'hydrocéphalie et dans la syringomyélie, par MM. QUERCY et de LACHAUD.**

**Sur les aspects alvéolaires, plexiformes et terminaux de la névrogliose, des neurones et de la fibre conjonctive, par MM. QUERCY et de LACHAUD.**



**Sur un cas d'intoxication oxy-carbonée mortelle. Hémiplégie tardive,**  
par MM. J. LHERMITTE, MONIER-VINARD et de AJURIAGUERRA.

Si l'on connaît fort bien la période dite intervallaire qui sépare l'apparition des troubles mentaux du coma oxycarboné, il est de notion moins banale que les manifestations focales peuvent, elles aussi, n'apparaître qu'après une période de latence singulièrement longue. C'est pourquoi l'observation des auteurs où l'intervalle libre s'étend à 30 jours mérite d'être retenue d'autant plus que l'examen histologique a permis de mettre au jour quelques constatations précises. Ici les lésions se marquent par des modifications diffuses des cellules nerveuses de l'encéphale, des infiltrations œdémateuses par placards, les lésions vasculaires assez disséminées, mais prédominantes dans les corps striés, enfin des foyers de nécrose parfois visibles à l'œil nu.

Ces constatations permettent, dans une certaine mesure, de comprendre le mécanisme si discuté des accidents tardifs de l'intoxication par le C. O. En effet, il ne peut s'agir d'une action toxique diffuse puisque la clinique dénonçait une altération focale, ni d'une anoxémie ; seules les adaltérations vasculaires peuvent être invoquées dans la pathogénie de l'hémiplégie. Les modifications très spéciales des vaisseaux : infarcissement des parois par des dépôts calciques et ferriques, laissent clairement entrevoir la lenteur et la progressivité des lésions des vaisseaux atteints par la substance toxique.

**Remarques à propos des méningiomes latents,**  
par MM. J. LHERMITTE, De MARTEL et GUILLAUME.

La latence des tumeurs des méninges est de notion banale, cependant il ne peut être inutile d'y insister encore en raison de sa fréquence, du mystère de son mécanisme et surtout de l'intérêt que présente l'examen systématique du fond de l'œil. Le cas présenté se rapporte à un homme de 36 ans, lequel fit à deux reprises une crise de mélancolie typique. La dernière se termina à la fin de 1937. Ayant repris ses fonctions dans le bureau où il était occupé avant sa crise, le malade, très en train, euphorique, s'imagina qu'il devait suivre la mode qu'il voyait s'étendre autour de lui et porter des lunettes. Il se rendit donc chez un ophtalmologiste qui lui ajuste des verres, mais, par scrupule, examine le fond de l'œil.

Quelle n'est pas sa surprise de constater une double stase papillaire très accusée. Une ventriculographie pratiquée révèle la présence d'un méningiome pariétal droit. Le malade est immédiatement opéré ; aujourd'hui, un mois après l'intervention, la guérison est achevée. Les auteurs insistent sur ce point que, avant l'insufflation ventriculaire, nul symptôme ne pouvait déceler la topographie de la tumeur.

**Sur un cas d'atrophie cérébelleuse et olivaire progressive, non familiale. Etude anatomo-clinique,** par MM. Georges GUILLAIN, Yvan BERTRAND et Jacqueline GUILLAIN.

Les auteurs présentent une observation anatomo-clinique d'un grand syndrome cérébelleux très typique ayant évolué progressivement durant dix années. Les examens anatomiques ont montré une atteinte de l'écorce cérébelleuse portant sur les cellules de Purkinje et la couche granuleuse et une atteinte des complexes olivaires du bulbe avec intégrité des noyaux du pont et des fibres ponto-cérébelleuses. Les auteurs insistent sur l'impossibilité

d'envisager dans leur cas une topographie néo ou paléo-cérébelleuse. Ce cas ne s'identifie ni avec le type de l'atrophie olivo-ponto-cérébelleuse classique, ni avec les atrophies cérébelleuses corticales du type Pierre Marie, Foix et Alajouanine ou du type Kennard-Brouwer. Il s'agit ici d'un type spécial à lésions indépendantes du cervelet et des complexes olivaires. La nosographie actuelle des atrophies cérébelleuses corticales est trop rigide, elle doit être révisée et complétée.

**Maladie de Friedreich n'atteignant qu'un jumeau. Amélioration depuis trois ans par vitaminothérapie C, par M. MOLLARET.**

Il s'agit d'un cas de maladie de Friedreich chez un sujet de 14 ans ; le début fut marqué par la découverte d'une cyphoscoliose. Ultérieurement syndrome cérébelleux et diagnostic indiscutable de maladie de Friedreich. En outre, atrophie optique unilatérale gauche. Tous les examens furent pratiqués chez ce malade et deux points sont à mettre en lumière : du point de vue héréditaire, un frère jumeau indemne, semblable superficiellement, mais dissemblable à un examen soigneux. L'auteur pense qu'il s'agit de deux jumeaux bivitellins. Du point de vue thérapeutique, l'amélioration par la vitaminothérapie C et héliothérapie au maximum.

**Myorhythmies des ailes du nez, par M. Paul MORIN (de Metz).**

M. Morin apporte l'observation d'un malade atteint de secousses rythmiques des ailes du nez. Les myorhythmies sont rigoureusement symétriques et synchrones. La localisation est exclusive. L'observation montre, et le film qu'il projette confirme que les contractions sont d'égale importance pour les agonistes et les antagonistes dans une révolution commencée. Mais les secousses ne sont pas toutes égales. Le rythme varie entre 60, 130 contractions à la minute. Il y a des arrêts très passagers de quelques secondes qui semblent être le résultat de spasmes. Ces secousses musculaires que rien ne peut influencer sont insensibles à l'action du courant électrique. Elles persistent pendant le sommeil. Une tension émotionnelle intense seule peut cependant passagèrement les inhiber. L'auteur pense à une lésion d'un centre de fonctions siégeant dans le tronc cérébral et touchant le système olivo-rubro-dentelé.

**Œdème cérébral et stase papillaire chez un hypertendu, par MM. ALAJOUANINE et THUREL.**

**Syndrome Parkinsonien fruste amené à consulter pour troubles de l'écriture, par MM. ALAJOUANINE et THUREL.**

**Paralysie amyotrophique, post-traumatique extensive avec fibrillations disséminées sans contracture pyramidale ou autre, par MM. J. BARRÉ et A. CHARRONNEL.**

Les auteurs apportent l'observation d'un sujet suivi à diverses reprises pendant quatre années, et qui, à 44 ans, en pleine santé, vit se développer à la jambe une atrophie des antéro-externes avec paralysie, après s'être pris le pied dans un rail. Des fibrillations se développèrent immédiatement

à la cuisse correspondante. Aucun trouble de la sensibilité, aucun trouble sphinctérien, aucun déficit pyramidal, aucune contracture, aucun polycinétisme des réflexes tendineux des membres inférieurs, pas de signe de Babinski.

Deux ans après le début, le membre non traumatisé est frappé — de la racine à la périphérie, cette fois — de paralysie amyotrophique. Enfin les membres supérieurs subissent le même sort et le malade succombe sans avoir présenté de phénomènes bulbaires.

Les auteurs pensent qu'il y a lieu :

- 1° d'isoler ce syndrome sous le nom qu'ils proposent ;
- 2° de le séparer de la sclérose latérale amyotrophique où certains auteurs ont voulu faire entrer des faits en partie semblables à ceux qu'ils relatent ;
- 3° de rattacher ces accidents au traumatisme quand il peut être établi que le système nerveux ne présentait pas de trouble au moment où il s'est produit ;
- 4° ils pensent qu'un état de vaso-constriction médullaire réflexe intéressant spécialement la substance grise où les vaisseaux sont très abondants doit jouer un rôle prépondérant dans le développement du syndrome ; cela explique qu'il ne se produit sans doute que chez des sujets pourvus d'un système vaso-moteur spécial, et conduit à penser également qu'une thérapeutique circulatoire et vaso-dilatatrice mise en œuvre d'urgence pourrait avoir un effet utile et peut-être arrêter l'extension des troubles.

M. LECONTE.

---

## Association pour l'Etude des Arts et Société Française de Psychologie

---

*Séance commune du Samedi 20 Mai 1939*

---

**De l'humanisme à la déshumanisation de l'art,**  
par M. JOAQUIN XIRAU, Ancien Doyen de la Faculté des Lettres de Barcelone

I. On a parlé de la *déshumanisation* de l'art comme de l'une des caractéristiques les plus spécifiques de l'art contemporain. Dans toutes ses manifestations, l'art reste hors de tout intérêt vital et devient de plus en plus un *art pur*, qui épuise ses possibilités dans un jeu désintéressé et foncièrement sans importance. C'est la réalisation la plus radicale de la formule traditionnelle de l'art pour l'art.

II. En un sens il est évident que tout art digne de ce nom a toujours été,

dans une certaine mesure, un art pur. L'art a toujours eu une loi spécifique et autonome par laquelle il se définit et qui le détache comme une forme originale de l'activité spirituelle.

III. Mais l'autonomie radicale qui caractérise les œuvres et les programmes de l'art *deshumanisé* est un phénomène typiquement contemporain, qui trouve sa correspondance dans toutes les manifestations de la culture moderne. Toutes les sphères de la vie spirituelle tendent à devenir indépendantes et à se détacher de l'homme et de la vie humaine.

La vie, — la vie primaire et élémentaire — réclame à son tour son indépendance et devient de plus en plus, dans l'ordre individuel et dans l'ordre social, une vie nue, c'est-à-dire une vie sans esprit.

La *désorganisation* qui en résulte est un fait. Chaque compartiment détaché du tout arrive, en dernière instance, à la négation du tout et à la négation de soi-même. La vie nie la vie, l'art nie l'art. Tout perd son sens. Le manque de transcendance fait de l'homme un ensemble de pièces désincarnées et spectrales.

IV. Contre cet état de choses ne vaut aucune déclamation ni aucune consiliation. Par un impératif d'authenticité il faut pousser les choses jusqu'au bout. Seule une conception de l'homme capable de faire renaître une foi et une espérance serait susceptible de *réorganiser* la vie spirituelle, de réincorporer l'art dans la vie totale, de lui donner une orientation consistante et un vrai sens.

L. R.

---

## Société de Médecine Mentale de Belgique

---

Séance du 29 Avril 1939

---

Présidence : M. DE GREEFF, président

---

Endocrinologie et homosexualité,  
par MM. J. SCHOCKAERT et FERIN.

Après une mise au point très précise de l'état actuel de nos connaissances concernant le développement des glandes sexuelles et la différenciation des sexes, les auteurs montrent que la formation de l'ovaire nécessite une différenciation cellulaire tardive et que la potentialité bisexuelle de la gonade ne peut s'appliquer qu'à l'homme. Le réveil de potentialités femelles, parfois invoqué pour expliquer certains troubles, n'est donc guère possible.

Il existe entre les glandes sexuelles mâles et femelles de grandes analogies au point de vue histologique, et toutes les hormones sexuelles, qui dérivent du cholestérol, sont chimiquement très analogues. Leur forme d'excrétion peut être dosée dans les urines ; elles existent dès le jeune âge et exercent une influence sur la différenciation des gonades.

L'expérimentation sur l'animal démontre la passivité du soma vis-à-vis des organes sexuels et l'influence de l'hormone sexuelle circulante sur la conduite sexuelle de l'individu. Les auteurs donnent divers exemples cliniques et expérimentaux concernant l'influence de la sécrétion hormonale sur la direction de la libido ; ils montrent comment la sexualité infantile, polymorphe et rudimentaire, se différencie à la puberté.

Passant alors à l'étude des cas d'homosexualité chez l'homme et chez la femme, ils montrent l'importance de la recherche des petits signes d'insuffisance endocrinienne chez ces sujets. Il existerait un hypogonadisme plus ou moins accusé, dans les deux tiers des cas, et les influences psychiques ne seraient que secondaires. Chez les sujets dont la morphologie est normale, on retrouve souvent des anomalies de développement dans l'enfance. Une hormonothérapie judicieuse rend de grands services dans le traitement de la plupart de ces malades.

**Deux cas de démence progressive par atrophie corticale,**  
par MM. H. BAONVILLE, J. LEY, et J. TITECA.

Présentation de deux femmes dont l'affection a débuté insidieusement, après la soixantaine, par des symptômes assez analogues au début (diminution de la mémoire, troubles de l'attention volontaire, erreurs dans les actes professionnels, troubles de l'orientation), mais qui ont évolué par la suite dans des sens très différents. Ces deux malades n'ont jamais présenté d'ictus et l'on ne constate chez elles, à l'heure actuelle encore, aucun signe neurologique. L'une a évolué vers un syndrome démentiel global avec énorme hyperactivité motrice, mouvements itératifs, logorrhée intarissable et incohérente, désorientation complète. L'autre a présenté très rapidement un syndrome aphasique atypique avec agnosie auditive apparemment totale, gros troubles de l'attention volontaire, stéréotypies du langage, conservation relative de certains processus mentaux spontanés, contrastant avec une asymbolie complète verbale, graphique et gestuelle, qui rend tout rapport social impossible.

Il s'agit vraisemblablement dans le premier cas d'une atrophie corticale sénile généralisée du type Alzheimer, dans le second d'un processus plus circonscrit à localisation surtout temporale qui permet de suspecter une maladie de Pick.

J. LEY.

---



# ANALYSES

---

## LIVRES, THÈSES, BROCHURES

---

### PSYCHOLOGIE

Les conduites sociales, par le Professeur Pierre JANET (Conférence au XI<sup>e</sup> Congrès international de Psychologie, Paris 25-31 juillet 1937).

L'essentiel de la psychologie scientifique, si elle veut être objective et devenir utile, doit être l'étude de l'action humaine. Tous les faits psychologiques doivent être exprimés en termes d'action. Cette idée domine aujourd'hui la plupart des études de psychologie scientifique.

Les problèmes de la vie sociale ont été jusqu'ici trop négligés dans une psychologie trop individualiste et trop personnelle. L'observation de l'hallucination verbale du délirant halluciné met bien en lumière le problème de la personnalité sociale. Ces troubles, et l'illusion inverse des obsédés scrupuleux, sont, en résumé, des troubles de l'objectivation et de la subjectivation sociales. Il s'agit là surtout d'un trouble dans la construction de la personnalité des autres. L'essentiel est un trouble dans la répartition des actes entre le sujet lui-même et les personnes qui l'entourent, les socii comme disait Baldwin. La distinction des personnes, la distinction de moi-même et du socius, n'est peut-être pas aussi fondamentale, aussi primitive qu'on le croyait. Une confusion du même genre s'observe dans beaucoup de conduites sociales, action du commandement et de l'obéissance, actes d'initiative et actes inspirés, actes du don et du vol, actes de montrer et de cacher, actes de faire croire et de croire. Ce que M. Pierre Janet a appelé autrefois la croyance sentimentale et la croyance réfléchie, lui semble correspondre à la croyance personnelle et à la croyance sociale.

S'il en est ainsi, la question importante du problème de la vie sociale devient la distinction du sujet et du socius. Il y a un problème de la répartition des actes comme il y a un problème de la répartition des propriétés. Assez facile au moment même où les actes sont exécutés, quand on perçoit les mouvements et les expressions de physionomie des uns et des autres, cette répartition devient plus difficile dans la représentation quand les actes sont simplement représentés par des images ou des langages. Plus

ou moins bien répartis par les mécanismes primitifs des sentiments, ces actes fournissent les éléments du sujet et du socius et deviennent les matériaux avec lesquels sont construits les personnages. Le perfectionnement des personnalités sociales est loin d'être ainsi terminé. Pour comprendre les sentiments des autres hommes vis-à-vis d'un tiers qui n'est pas nous-même, il faut admettre un véritable déplacement de personnalité, il faut comprendre que le sujet doit se mettre à la place des autres par un curieux déplacement du centre de référence.

L'étude de ces importants problèmes permettra de sortir d'une psychologie trop personnelle et de commencer cette inter-psychologie dont parlait Gabriel Tarde. Les haines de famille, les haines de voisins, les haines professionnelles, les haines des sectes politiques ou religieuses, les haines des peuples qui n'arrivent pas à se connaître et qui construisent, les uns à propos des autres, des personnages chimériques, ne sont que de grands délires de persécution rapprochés par l'auteur des délires de persécution qui ont servi de point de départ à cette étude. Un jour viendra, conclut le Professeur Pierre Janet, où la psychologie sociale luttera contre ces maladies et ces malheurs de l'humanité.

René CHARPENTIER.

**L'examen de conscience et les voix**, par le Professeur Pierre JANET (*Scientia*, mai-juin 1938).

Un des problèmes les plus intéressants de la psychologie normale et pathologique est celui des hallucinations auditives verbales du persécuté. Il ne s'agit pas là d'un véritable trouble sensoriel, mais d'un trouble dans une opération psychologique peu connue, l'organisation du contenu de la conscience personnelle. Il s'agit d'une erreur dans la répartition des phénomènes psychologiques actuels et surtout passés entre le sujet et le socius.

A propos d'un cas d'hallucinations auditives verbales, le Professeur Pierre Janet donne ici une très intéressante étude de la transformation de la parole intérieure en voix extérieure et de la transformation inverse sous l'influence du traitement, précisant l'interprétation de ces hallucinations par des troubles de la personnalité sociale. Dans la plupart des cas, nous ne possédons que l'un des termes, les paroles de l'hallucination, et non l'autre, le langage intérieur du malade. Ici, au contraire, possédant à la fois les voix et l'examen de conscience, une féconde comparaison a pu être effectuée. Ce travail met en relief l'importance de l'objectivation sociale dans l'hallucination auditive du persécuté. C'est elle qui constitue le trouble primitif sous-jacent à la croyance. Elle apparaît chez tous les malades et reste toujours fondamentale, prenant parfois des formes spéciales qu'il faut reconnaître dans les divers sentiments d'emprise. Les autres caractères de l'hallucination se rattachent facilement, au point de vue psychologique, à cette objectivation sociale.

En rapportant cette belle observation d'un sujet qui transforme en voix externes son examen de conscience interne, le Professeur Pierre Janet résume ici l'interprétation des troubles de la personnalité sociale et montre qu'ils jouent un grand rôle dans l'hallucination auditive verbale du persécuté.

René CHARPENTIER.

**L'éclosion d'une vie**, par GINA LOMBROSO FERRERO (1 vol., in-12, 302 pages. Editions Rieder, Paris, 1938).

Dans ce livre, traduit de l'italien par Henri Winkler, Mme Gina Lombroso Ferrero, fille de Cesare Lombroso, donne une très intéressante observation de l'éveil d'une intelligence et de la formation d'un caractère. Prises, pourrait-on dire, au jour le jour, ces notes maternelles n'étaient pas destinées à la publication. Mme Gina Lombroso Ferrero a accepté de les publier après la mort prématurée de celui qui en fut l'objet, son fils l'écrivain Léo Cesare Vincenzo Ferrero Lombroso. C'est dire tout l'intérêt de ce livre, dans lequel la personnalité du sujet et la valeur de l'auteur s'ajoutent à la continuité de l'observation. Aucun résumé n'en saurait rendre compte. Ce remarquable document est à lire en entier.

R. C.

**La gaucherie** (A Balkezesséz), par Románné GOLDZIEHER Klára. I vol. in-12°, 64 pages. *Édition Rényi Károhn*, Budapest, 1938.

L'asymétrie des fonctions supérieures est un état normal, morphologique et fonctionnel, observé aussi bien dans le règne végétal que dans le règne animal. La proportion des gauchers est estimée d'une manière très variable chez l'être humain parce que beaucoup de cas latents et larvés ne sont pas retenus. La gaucherie est l'expression d'une anomalie. Pour 100 jumeaux univitellins, il y a 73 cas : l'un est droitier, l'autre gaucher, aucun n'est ambidextre. L'individu normal acquiert ses aptitudes de droitier par l'éducation, tandis que la gaucherie est congénitale et sa transmission est familiale. Elle implique une disposition, une orientation spéciale de l'aperception, de l'imagination, de la motricité automatique et même de la création artistique. Du point de vue pathologique, la gaucherie donne à certains troubles psychiques, à l'épilepsie, à la dysarthrie, à l'ambivalence, à l'inhibition, une tournure particulière. Le jumeau gaucher, en réaction contre les habitudes du milieu, apparaîtra comme moins coordonné, moins équilibré que le droitier.

L'effort pédagogique devra tendre à rétablir l'équilibre rompu. Aussi devra-t-on éviter d'exagérer l'effort au point de rendre à la droite sa suprématie. L'éducation cherchera simplement à égaliser la force et l'adresse en tenant compte des dispositions du caractère et des dons psychiques et physiques du gaucher.

P. CARRETTE.

---

## JOURNAUX ET REVUES

---

### THERAPEUTIQUE

**L'insuline et le camphre dans la thérapeutique des maladies mentales** (La insulina y el alcanfor en la terapeùtica de las enfermedades mentales), par Antonio Foz. *Boletín del Instituto psiquiátrico*, n° 22, p. 23 33, Rosario, 1938.

Les essais pratiqués à l'Hôpital des Aliénés de Rosario seraient favorables à une extension des méthodes de Sakel et de von Meduna aux épisodes aigus phrénasthéniques, à la psychose maniaque-dépressive, à la psychose réactive et aux états confusionnels de la ménopause. Des comparaisons entre les méthodes anciennes et nouvelles ont montré qu'il était possible de réduire considérablement la durée des accès. Les formes dépressives sont influencées par l'insulinothérapie, tandis que les formes expansives relèvent des traitements convulsivants. Une psychothérapie adéquate est indispensable. Elle luttera contre les tendances délirantes et l'anxiété liée à la mise en œuvre des méthodes curatives.

P. CARRETTE.

**Essais de choc thérapeutique par l'insuline dans la schizophrénie** (Experiences with Insulin Shock Therapy in Schizophrenia), par Hans H. REESE et Adrian VANDER VEER. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XXXIX, n° 4, p. 702-716, avril 1938.

Les rémissions obtenues par le coma insulinique ne sont jamais complètes quand il s'agit de malades atteints depuis plus de deux ans d'après les recherches de MM. Reese et Van der Veer. Par contre, dans les cas récents, l'action du traitement est remarquable. L'apparition des convulsions serait facilitée par un état d'hydratation des tissus qui aboutirait à l'hydrémie et à l'hypertension rachidienne.

P. CARRETTE.

**Observations de traitement hypoglycémique dans 55 cas de schizophrénie** (Observations in the Hypoglycemic Treatment of 55 cases of Schizophrenia), par David RUSLANDER. *The American Journal of Psychiatry*. T. LXXXIV, n° 6, p. 1337-1345, mai 1938.

L'auteur recommande, avant le traitement par le choc insulinique, un maximum de précautions : autorisation écrite, examens biologiques et physiques. Il a pu obtenir, sur 55 cas, 38 sorties après amélioration chez certains malades soignés depuis plusieurs années. La sortie sur parole permet de se rendre compte de la proportion relativement élevée des rechutes. La forme catatonique paraît la plus favorable. Signalons quatre cas de pharyngite et d'amygdalite sans complications.

P. CARRETTE.

**Nouvelles tentatives thérapeutiques par l'hypoglycémie insulinique dans la schizophrénie** (Further Experiences in the Insulin-Hypoglycemia Treatment of Schizophrenia), par D. Ewen CAMERON. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. T. LXXXVII, n° 1, p. 14-25, janvier 1938.

La somme des expériences de l'auteur lui donne l'impression que la valeur du traitement par le coma insulinique ne peut être mise en doute, mais que les résultats sont en-deçà de ceux que les premiers spécialistes européens ont déclaré avoir obtenus. L'état psycho-physiologique au moment même de l'injection d'insuline et la rapidité du réveil auraient une grande importance. Un certain accroissement de la sociabilité, de l'adaptabilité, de l'activité sexuelle sont fréquemment notés. Le concept de la réversibilité de la psychose est rejeté. Il serait plus rationnel d'admettre l'existence d'une amélioration dans l'oxygénisation des tissus nerveux.

P. CARRETTE.

**Un cas d'hypoglycémie prolongée** (A Case of Protracted Hypoglycemia), par Norman L. EASTON. *The American Journal of Psychiatry*. T. LXXXIV, n° 4, p. 853-858, janvier 1938.

Le coma insulinique très résistant et suivi de diarrhée, tachycardie et fièvre chez une schizophrène, est également marqué par une hypoglycémie intense bien que très variable. La malade est du type asthénique, longiligne, avec asphyxie des extrémités, type généralement atteint d'hyperensibilité à l'insuline.

P. CARRETTE.

**Le traitement par le choc pharmacologique dans la schizophrénie chronique** (The Pharmacological « Shock » Treatment of Chronic Schizophrenia), par I. MURRAY-ROSSMAN et William B. CLINE. *The American Journal of Psychiatry*. T. LXXXIV, n° 6, p. 1323-1336, mai 1938.

L'extension de la notion de schizophrénie a modifié la gravité du pronostic. Il est moins définitivement mauvais que celui des cas de l'ancienne démence précoce hébéphrénocatatonique. Toutefois, après un an d'évolution, on s'accorde à reconnaître que les chances de guérison sont réduites de 50 0/0. Le choc hypoglycémique a modifié favorablement ces proportions comme l'indiquent les auteurs qui notent la fréquence des troubles fonctionnels cardio-vasculaires pendant le traitement, sans complications secondaires et l'influence heureuse des crises épileptiques quand le réveil est conduit avec une technique sûre.

P. CARRETTE.

**Les complications au cours du traitement de la schizophrénie par les chocs insuliniques**, par B. BORNSTEIN et J. REICHAN. (*Polska Gazeta Lekarska*, T. XVII, n° 33-34, p. 669-674, 21 août 1938).

L'expérience acquise actuellement dans le traitement de la schizophrénie par les chocs insuliniques permet de dégager un enseignement au sujet des accidents ou des inconvénients liés à l'emploi de cette méthode. Certains accidents font partie du groupe des prévisibles, d'autres se sont révélés grâce à l'extension universelle de la méthode. Après avoir décrit les accidents prévisibles, tels que les troubles circulatoires, les spasmes laryngés,



les inconvénients se rattachant aux crises épileptiques répétées, etc., dont la fréquence effective a été soulignée par de nombreux auteurs, B. et R. décrivent les complications survenant à la période de la sortie du coma. En dehors des états sérieux d'excitation motrice, ils soulignent les difficultés qui se présentent quelquefois pour ramener les malades à l'état conscient. Cette question est particulièrement importante car elle a trait aux indications de l'interruption du coma. B. et R. illustrent leur exposé par la description de trois cas personnels où ils ont pu constater que le traitement insulínique avait déterminé des troubles indiquant une lésion localisée du système nerveux central. Ces manifestations se traduisent par des troubles neuro-végétatifs et respiratoires, des raideurs et des contractures, des mouvements myocloniques, choréiques et athétosiques, des parésies des muscles moteurs oculaires et faciaux, des hémianopsies, des aphasies et hémiparésies. Dans une quatrième observation concernant un sujet ayant subi antérieurement un traumatisme crânien grave, B. et R. assistèrent à une activation insulínique des crises épileptiques chez un sujet sensibilisé à cet égard par cet antécédent traumatique. Enfin l'expérience acquise par B. et R. démontre que de nombreux malades ayant bénéficié du traitement insulínique se plaignent d'affaiblissement prolongé des fonctions génitales.

Malgré ces inconvénients, MM. Bornstein et Reichan concluent en faveur de l'emploi de la méthode insulínique pour le traitement de la schizophrénie en raison de la supériorité des résultats obtenus comparativement aux effets thérapeutiques des moyens employés antérieurement.

FRIBOURG-BLANG.

**Hémorragie subarachnoïdienne au cours du choc thérapeutique dans la schizophrénie** (Subarachnoid Hemorrhage during Shock Therapy for Schizophrenia), par Herbert FREED et Charles W. WOFFORD. *Archives of Neurology and Psychiatry*, T. XXXIX, n° 4, 813-816, avril 1938.

Cette observation confirme les cas d'hématurie et de méléna rapportés par différents auteurs chez des schizophrènes traités par le choc insulínique et atteints de sclérose vasculaire. L'anoxémie provoquée par le traitement favorise la diapédèse. L'accroissement de la perméabilité capillaire est habituelle dans l'hypoglycémie. Dans les cas d'artério-sclérose, elle devient anormalement élevée et aboutit à l'hémorragie caractérisée.

P. CARRETTE.

**Effets de l'insuline, du métrazol et du camphre à doses convulsives sur le métabolisme cérébral** (Effects of Insulin, Metrazol and Camphor Convulsions on Brain Metabolism), par S. Bernard WORTIS. *New-York State Journal of Medicine*, T. XXXVIII, n° 14, 15 juillet 1938.

Les échanges respiratoires et le métabolisme des tissus cérébraux sont sous la dépendance de l'apport d'oxygène et de glucose. La chute de la glycémie par le traitement insulínique produit une anoxémie avec irritation, puis dépression. C'est la phase exprimée cliniquement par le coma. L'administration de glucose tend à rétablir les fonctions. Les convulsions du camphre et du métrazol produisent un désordre du même type localisé au stade irritatif et capable d'exercer une action stimulante.

P. CARRETTE.

**La signification de la convulsion épileptique au cours du traitement de la schizophrénie par l'insuline et le cardiazol**, par L. von MEDUNA et Manfred SAKEL. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. T. LXXXVII, n° 2, p. 133-155, février 1938.

Tout au long de deux articles sur la crise convulsive, provoquée dans la schizophrénie, von Meduna, puis Sakel, discutent de la valeur de leurs techniques. Von Meduna considère la méthode de Sakel comme un procédé empirique. Au cours du coma insulinique, l'épilepsie a été notée comme un danger, une complication à éviter, aussi le camphre et le cardiazol ont-ils été employés pour aider à la restitution physiologique. C'est par une plus juste interprétation des faits que von Meduna aurait formulé son hypothèse de base sur l'action salutaire du shock convulsif répété destiné à réveiller les fonctions cérébrales du schizophrène. Cette interprétation est inexacte répond Sakel. Il n'y a pas deux méthodes de shock thérapeutique dans la schizophrénie mais une seule, la mienne. L'aréflexie du « wet-shock » (coma et sueurs abondantes) est une phase du traitement et le « dry-shock » (convulsions, secousses sans réaction sudorale) en est une autre. Si l'essai insulinique initial a été empirique, il constitue pourtant le point de départ essentiel des tentatives thérapeutiques suivantes. Sakel a d'abord combattu les crises épileptiques, puis il les a utilisées, recourant suivant les cas au camphre ou au cardiazol, guidé par l'expérience clinique. Le traitement par les crises convulsives provoquées, sans insulinothérapie préalable, de von Meduna n'est donc pour Sakel qu'une tentative directement inspirée par ses travaux.

P. CARRETTE.

**Psychopathologie de l'épilepsie symptomatique (camphrée) en rapport avec le traitement de la schizophrénie par la méthode de Meduna**, par M.-A. GOLDENBERG (*Sovietskaia Psychonevrologia*, T. XIV, n° 4, 1938).

A propos du traitement de la schizophrénie par les crises épileptiques provoquées selon la méthode de Médouna, l'auteur étudie les manifestations psychopathologiques se rapportant au facteur exogène, dans l'occurrence le complexe. Il divise les phénomènes psychiques dus à l'injection du camphre en plusieurs groupes : 1° Crises sans manifestation psychique ; 2° Crises avec états pré et post-épileptiques ; 3° Etats psychiques prolongés, et 4° Modifications psychiques de courte durée ne se prolongeant pas au delà de quelques secondes. Malgré l'existence de quelques particularités se rattachant au complexe, l'analogie entre les crises épileptiques provoquées et les crises d'épilepsie essentielle est manifeste. Cette analogie s'étend depuis les phénomènes psychiques précédant la crise jusqu'à toutes les autres manifestations psychiques : états crépusculaires, équivalents, petit mal. La valeur de la dose employée n'est pas indifférente. L'étude des syndromes psychiques en rapport avec les crises épileptiques provoquées par le complexe jette une certaine lumière sur les manifestations qu'on peut provoquer artificiellement et particulièrement sur le syndrome crépusculaire.

FRIBOURG-BLANC.

# VARIÉTÉS

---

## SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

### Séances.

La *séance supplémentaire* du mois de JUIN de la Société Médico-psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *jeudi 8 juin 1939*, à 9 heures 30 très précises, à l'hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV<sup>e</sup> arrondissement), dans l'Amphithéâtre du Pavillon Magnan.

La *séance ordinaire* du mois de juin de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 26 juin 1939*, à 4 heures très précises, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI<sup>e</sup> arrondissement).

La Société Médico-psychologique ne tiendra au mois de JUILLET qu'une seule séance exclusivement réservée à des présentations. Cette séance aura lieu le *jeudi 13 juillet 1939*, à 9 heures 30 très précises, à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV<sup>e</sup> arrondissement), dans l'Amphithéâtre du Pavillon Magnan.

### Nécrologie

M. le D<sup>r</sup> LEGRAIN, Médecin honoraire des Hôpitaux psychiatriques de la Seine, Officier de la Légion d'Honneur, *Membre titulaire honoraire de la Société Médico-psychologique*.

M. le D<sup>r</sup> Michel KATSARAS, professeur honoraire et fondateur de la Clinique Neuro-psychiatrique, ancien recteur de l'Université d'Athènes, ancien président de l'Académie d'Athènes, *Membre associé étranger de la Société Médico-psychologique* depuis l'année 1886.

## HOPITAUX PSYCHIATRIQUES

### Nominations

M. le D<sup>r</sup> TEULIÉ est nommé Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique de Villejuif (Seine) ;

M. le D<sup>r</sup> RAUCOULE est nommé Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique départemental de Pau (Basses-Pyrénées) ;

Mlle le D<sup>r</sup> ROUSSET est nommée Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique de Stephansfeld (Bas-Rhin) ;

M. le D<sup>r</sup> BEAUJARD est nommé Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique du Vinatier (Rhône) ;

M. le D<sup>r</sup> MAILLEFER est nommé Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique de Fains-les-Sources (Meuse).

### Postes vacants

Sont déclarés vacants :

le poste de Médecin-Directeur de l'Hôpital psychiatrique de Sarreguemines (Moselle) ;

un poste de Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique de Sarreguemines (Moselle) ;

un poste de Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique de Vauclaire (Dordogne) ;

un poste de Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique de Braqueville (Haute-Garonne).

### Jury du concours de Médecin des hôpitaux psychiatriques

Par arrêté du 23 mai 1939, le jury du concours de médecins des hôpitaux psychiatriques, qui se tiendra le 5 juin 1939, est constitué comme suit :

*Président* : M. le D<sup>r</sup> DEQUINT, inspecteur général des services administratifs.

*Membres* : M. le D<sup>r</sup> POROT, professeur à la Faculté de Médecine d'Alger. —

M. le D<sup>r</sup> MENUAU, médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Ville-Evrard. —

M. le D<sup>r</sup> SENGÈS, médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Perray-Vaucluse. —

M. le D<sup>r</sup> LASSALE, médecin-directeur de l'hôpital psychiatrique d'Auch. —

M. le D<sup>r</sup> PRIVAT DE FORTUNIE, médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Maréville. —

Mlle le D<sup>r</sup> MOREL, médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Rouen. —

M. LEVÊQUE, chef du 1<sup>er</sup> bureau de la direction de l'hygiène et de l'assistance.

*Jurés suppléants* : M. le D<sup>r</sup> DUBLINEAU, médecin-chef de l'hôpital psychiatrique de Ville-Evrard. — Mlle le D<sup>r</sup> PELISSIER, médecin-chef de l'hôpital psychiatrique de Pierrefeu.

M. CHASSAGNOR, sous-chef du 1<sup>er</sup> bureau de la direction de l'hygiène et de l'assistance, remplira les fonctions de *secrétaire administratif* du jury.

## HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

### Un vœu contre l'alcoolisme à l'Académie de médecine

Au nom d'une commission d'études, le docteur Jules RENAULT vient de déposer un vœu qui sera discuté et dont voici le texte :

« Profondément émue par les renseignements apportés à sa tribune et les vœux des sociétés savantes qui montrent une recrudescence tout à fait alarmante de l'alcoolisme devenu en France un véritable danger national qui impose des mesures urgentes, demande instamment aux pouvoirs publics :

1<sup>o</sup> une application stricte des lois et règlements existants, mais trop sou-

vent négligés, concernant l'installation des débits de boissons alcoolisées et d'autre part les heures d'ouverture de ces débits ;

2° une réduction importante et rapide du nombre de ces établissements en France est une réglementation nouvelle des heures d'ouverture. Elle demande leur fermeture en temps de grève ou d'élections et une modification du régime des bouilleurs de cru.

Enfin elle réclame un enseignement antialcoolique officiel.

Elle demande que des sanctions sévères soient prises en cas de rixes et d'accidents de la circulation dans lesquels l'alcoolisme serait prouvé par le dosage systématique de l'alcool dans le sang. »

L'Académie a écouté ensuite la lecture d'un rapport déposé par les professeurs PARISOT et RICHARD (de Nancy), sur les moyens pratiques de réaliser un programme de lutte contre l'alcoolisme.

### Une Association de schizophréniques aux Etats-Unis

Les médecins de l'Institut psychiatrique de l'Université de l'Illinois ont suggéré à leurs malades schizophréniques traités par l'insuline et le cardiazol de se constituer en Association, de manière à pouvoir suivre plus facilement les malades pendant un temps prolongé après le départ de l'Institut.

Cette Association s'est constituée en 1937, elle se réunit à l'Hôpital deux fois par mois en présence du personnel médical. L'Association a fondé un journal bi-mensuel dont le titre « *Perdu et retrouvé* » a été suggéré par un malade.

(*La Presse Médicale*, 24 mai 1939).

## UNIVERSITÉ DE PARIS

### Faculté de Médecine

A dater du 1<sup>er</sup> octobre 1939, M. le D<sup>r</sup> LAIGNEL-LAVASTINE, professeur d'Histoire de la Médecine à la Faculté de Médecine de l'Université de Paris, est transféré à la Chaire de Clinique des maladies mentales et de l'encéphale, où il succédera à M. le Professeur Henri CLAUDE.

### NÉCROLOGIE

M. le Professeur D<sup>r</sup> W. WEYGANDT, ancien professeur de psychiatrie à l'Université de Hambourg.

---

*Le Rédacteur en chef-Gérant : René CHARPENTIER.*

---

Imprimé par Imp. A. COUESLANT (*personnel intéressé*)  
à Cahors (France). — 58.396



## SOMMAIRE DU N° 1 (tome I), JANVIER 1939

### MÉMOIRES ORIGINAUX

II. AUBIN. — Introduction à l'étude de la psychiatrie chez les Noirs.....	1
A. DONNADIEU. — Psychose de civilisation.....	30
H. BAONVILLE, J. LEY et J. TITECA. — Destruction traumatique bilatérale des lobes préfrontaux. Etude du syndrome clinique.....	38

(Suite du sommaire, page II).

## CHATEAU

DIRECTEUR : D<sup>r</sup> Gaston MAILLARD  
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris  
Médecin de Bicêtre et de la Salpêtrière  
Médecin-adjoint : D<sup>r</sup> Charles GRIMBERT

DE

— MAISON DE SANTÉ MODERNE —  
POUR DAMES ET JEUNES FILLES



## L'HAY-LES-ROSES

INSTALLATION  
DE  
PREMIER ORDRE

Notice sur demande

2, rue Dispan

L'HAY-  
LES-ROSES  
(SEINE)  
TÉLÉPHONE : 5

AFFECTIONS DU SYSTÈME NERVEUX  
- CURES DE DÉSINTOXICATION -  
- DE REPOS ET DE RÉGIMES -

## SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Liste des Présidents, Secrétaires généraux et Trésoriers de la Société Médico-Psychologique (1852-1939) .....	59
Bureau pour 1939 .....	61
Liste des membres .....	61

*Séance du 12 janvier 1939*

LIGNEL-LAVASTINE et E. MARTIMOR. — Une guérisseuse mystique .....

84

P. COURBON et J. PERRIN. — Disparition d'un syndrome dépressif d'involution après une asphyxie et des brûlures .....

89

X. ABÉLY, BOUVET et CARRÈRE. — Paralyse générale traumatique ou commotion cérébrale chez un syphilitique .....

93

J. DELMOND. — Auto-mutilations et phlegmons provoqués dans un membre anesthésique. Syndrome pariétal et endocraniosé .....

98

P. GUIRAUD et J. CHAPOULAUD. — Lésions rénales dans le délire aigu .....

107

*Séance du lundi 23 janvier 1939*

Allocution de M. A. Fillassier, président sortant .....

111

(Suite du sommaire page IV).

# MAISON DE SANTÉ

:- D'IVRY-SUR-SEINE :-

23, Rue de la Mairie à IVRY

Téléphone : Gob. 01.67

## MALADIES MENTALES & NERVEUSES

### NOMBREUX PAVILLONS DANS UN PARC DE 12 HECTARES

*Médecin-Directeur : Docteur A. DELMAS*

*Ancien chef de clinique à la Faculté de Médecine de Paris*

*Médecin-adjoint : Docteur P. DELMAS*

# CHATEAU DE SURESNES

Téléphone : SURESNES 2.88

Maison  
de Santé  
de Repos  
de Régimes



FONDÉE PAR

M. le D<sup>r</sup> MAGNAN

Membre de  
l'Académie de Médecine



Le Château

La Maison de Santé du Château de Suresnes est située à la Porte de Paris (sortie du Bois de Boulogne), dans un grand parc.

Remise à neuf et embellie depuis la guerre, la maison reçoit, dans des parties distinctes (château et pavillons dispersés dans la verdure du parc), des convalescents, neurasthéniques, nerveux, intoxiqués ou psychopathes.

Château et pavillons réunissent toutes les conditions les meilleures d'hygiène et de bien-être (chauffage central, eau chaude, électricité, eau de source), etc.

Les personnes qui y séjournent peuvent y disposer à leur gré d'une chambre meublée avec luxe, d'un cabinet de toilette, d'un salon, d'une salle de bains, etc.

Les Médecins de la Maison de Santé et leurs familles prennent leurs repas avec les pensionnaires qui désirent fréquenter la salle à manger.

La Maison est largement ouverte à Messieurs les Médecins, qui peuvent ainsi continuer à suivre leurs malades.

## HYDROTHÉRAPIE - ÉLECTROTHÉRAPIE

MÉDECINS DIRECTEURS :

D<sup>r</sup> FILLASSIER O. \*  D<sup>r</sup> DURAND-SALADIN

NOTICE SUR DEMANDE

Communications : Tramway du Val d'Or à la Porte Maillot

Allocution de M. Laignel-Lavastine, président .....	114	A.-P.-L. BELEV. — A propos de la « débilité mentale » .....	120
Adoption du procès-verbal .....	116	G. DAUMÉZON. — De la nécessité d'une définition standard du service ouvert..	126
Correspondance .....	116	J. VIÉ et G. FERDIÈRE. — Appel en faveur d'un musée psychopathologique ....	130
Commissions des prix .....	117	Mme MASSON. — Un cas de travestissement .....	132
Election d'un membre associé étranger	117	COSSA et BOUGEANT. — Un an d'application des méthodes de Sakel et von Meduna	139
G. FERDIÈRE. — Intérêt du « signe du poignet figé » et des manœuvres de Froment en neuro-psychiatrie .....	118		

(Suite du sommaire, page VI).

# CHATEAU DES COUDRAIES

Ancienne Institution d'Eaubonne (fondée en 1847)

Magnifique Parc de 5 hectares, adossé à la forêt de Sénart. Très belle vue sur la vallée de la Seine. Très grand confort. Eau courante, chaude et froide, dans toutes les chambres, électricité, chauffage central, installation hydrothérapique complète, Rayons U. V. Jardinage. Horticulture. Potagers de 20.000 m<sup>2</sup>. Tennis.



PRIX DE PENSION A PARTIR DE 900 FR. PAR MOIS

**ÉTIOLLES** (S.-&-O.)

**ENFANTS  
ET JEUNES GENS  
ARRIÉRÉS**

Education et Traitement  
des déficients intellectuels  
à tous les degrés

**DIRECTEURS**

**D<sup>rs</sup> M. et J. de CHABERT**

de 2 à 5 heures  
sauf jeudis et dimanches  
25 km. de PARIS

gare Evry-Petit-Bourg (P.-L.-M.)

Arrêt des autocars Citroën

27 - 28 - 29 : Dép. de Paris,  
pl. Denfert-Rochereau

Tél. Corbeil 226

# VILLA DES PAGES

LE VÉSINET (S.-et-O.)

40, Avenue Horace Vernet

TRAITEMENT DES AFFECTIONS NERVEUSES  
ET DES MALADIES DE LA NUTRITION

REPOS, CONVALESCENCES, RÉGIMES

*Cures de désintoxication*

Psychothérapie, Rééducation, Physiothérapie



*12 chalets pourvus du confort moderne  
disséminés dans un parc de 5 hectares.  
Chambres ou appartements à plusieurs pièces*

La clinique est entièrement ouverte aux Médecins  
qui peuvent ainsi conserver la direction de leurs malades

Médecins directeurs : Docteurs LEULIER, MIGNON, CASALIS

Médecin assistant : Docteur LECLERCQ

Téléphone : LE VESINET 12



## SOCIÉTÉS

### Société de Neurologie de Paris

Séance du jeudi 5 janvier 1939

II. ROGER, Y. POURSIÈRES et J. BOURDOUESQUES.

— Myélite nécrotique aiguë à forme pseudotumorale d'origine staphylococcique vraisemblable ..... 159

GARCIN. — Un cas de sclérose tubéreuse... 159

J. LHERMITTE et SUSIC. — La catalepsie du vieill-

lard et ses relations avec les lésions du cer-  
velet ..... 159

G. GUILLAIN et Ch. RIBADEAU-DUMAS. — Syringomyélobulbie avec syndrome de Gerhardt. Rôle éventuel d'une rachianesthésie dans son étiologie ..... 160

BARNÉ. — Immobilisation soudaine d'attitude du membre supérieur. Signe de localisation frontale ..... 160

## ANALYSES

### JOURNAUX ET REVUES

#### Psychiatrie.

G. HEUVER. — Remarques sur la notion de débilité intellectuelle ..... 161

R. BELLINCIONI. — Contribution à la connaissance des psychoses gemellaires ..... 161

C.-E. ROBERTI. — Des hallucinations ..... 161

P. SCHRODER. — Hallucinations et localisations cérébrales ..... 162

(Suite du sommaire, page VIII).



## CHATEAU DE SAUMERY

CLINIQUE MEDICALE DU CENTRE  
HUISSEAU-sur-COSSON (Loir-et-Cher)  
12 km de BLOIS — 4 km de CHAMBORD

TRAITEMENT DES AFFECTIONS NERVEUSES  
MISE EN ŒUVRE DES THÉRAPEUTIQUES LES PLUS MODERNES  
(Contrôle de laboratoire)

Magnifique demeure historique  
dotée de tout le confort moderne dans un très beau parc de  
38 HECTARES CLOS DE MURS

Docteur **Maurice OLIVIER**  
Médecin en chef des Hôpitaux Psychiatriques  
Téléphone 1, Huisseau-sur-Cosson



# SAINT-REMY

CLINIQUE MÉDICALE

46, Boul. Carnot      Tél. Régional 755 et 850

LE VÉSINET (S.-et-O.).



## -- -- TRAITEMENT -- --

des affections du Système nerveux, des  
intoxications et des maladies de la nutrition

Repos — Convalescences — Régimes.  
Electrothérapie — — Hydrothérapie

Dans banlieue agréable, paisible et saine.  
Très belle installation modèle, 6 pavillons séparés  
- - dans un parc fleuri de 2 hectares - -

Chambres gaies, meublées avec goût, très confortables,  
cabinets de toilette avec S. B. et W. C. privés.  
Galeries ensoleillées. Terrain et salons de jeux.  
- Excellente cuisine bourgeoise et de régimes -

NI MALADES CONTAGIEUX OU BRUYANTS

-- -- MÉDECIN-DIRECTEUR -- --

-- -- **D<sup>r</sup> P. ALLAMAGNY** -- --

avec la collaboration du D<sup>r</sup> VIGNAUD,  
ex-Directeur de la Maison de Santé de Vanves  
-- -- et d'un médecin assistant -- --

Z. KOSENKO. — Les particularités des hallucinations visuelles chez les enfants et les adolescents schizophrènes .....	162	F. BARISON. — Gastrogrammes de déments précoces mérycéistes .....	164
L. REZNIKOFF. — Schizophrénie chez un enfant .....	162	Th. DETENHOFF. — Contribution à l'étude de l'artériosclérose cérébrale des schizophrènes. ....	164
E. BRINGAS NUÑEZ. — Démence précoce et schizophrénie .....	162	E. ROENAU. — Ambivalence. — E. BLEULER. — Remarques à propos du précédent article .....	165
J. DELMOND. — L'image dans le langage schizophrénique .....	163	K. KLEIST et DRIEST. — La catatonie à la lumière de recherches catamnétiques. 1 <sup>re</sup> partie.. ....	165
M. GERZBERG. — Le syndrome organo-névropathique dans la schizophrénie .....	163	W. SCHEID. — De la méconnaissance des personnes .....	166
M. GERZBERG. — Les états hypo- et adynamiques dans la schizophrénie .....	163	A. VEDRANI. — Délire de jalousie paranoïaque .....	166
F.-F. DETENHOFF et D.-C. OZERETZKOWSKY. — Une forme de réaction psychogène chez des sujets ayant été atteints antérieurement de schizophrénie .....	164	Th. LANG. — Nouvelle contribution au problème du conditionnement biologique de l'homosexualité .....	167
G. ASCHIERI. — Syndrome schizophrénique consécutif à une brucellose .....	164	J.-H. SCHULTZ. — Remarque à propos du travail de Théo. Lang sur le conditionnement génétique de l'homosexualité .....	167
		L.-P. MULLER. — Etiologie uraniste .....	167

(Suite du sommaire, page X).

## *Ecole du Docteur Henriette Hoffer*

ETABLISSEMENT PSYCHO-MÉDICO-PÉDAGOGIQUE  
POUR ENFANTS INAPTES A SUIVRE LES CLASSES NORMALES  
(ENFANTS RETARDÉS, DÉLICATS, SOURDS, PARLANT MAL)

Fondatrices : D<sup>r</sup> H. HOFFER et Madame Anne-Marie BUSSEAU



« MONTCLAIR »

I, Grande Rue, BELLEVUE-MEUDON (Seine-&-Oise) - Téléph. : Observatoire 17-45

# DIVONNE-LES-BAINS

OUVERT  
TOUTE  
L'ANNÉE

Altitude 519 m. (Genève 16 km.) — AIN

LA GRANDE STATION FRANÇAISE DE REPOS  
-- -- dans un parc de 100 hectares -- --

==== Indication spéciale de cure pour : ====  
les troubles fonctionnels du SYSTÈME NERVEUX et des  
MALADIES DE LA NUTRITION qui s'y rattachent  
les maladies organiques du TUBE DIGESTIF et de la  
==== NUTRITION =====

## Dans le parc : Etablissement thermal

Hydrothérapie. Psychothérapie. Cures d'air, de repos,  
d'exercices et de culture physique. Massothérapie. Elec-  
trothérapie. Radiologie. =====

## Dans le parc : Les Hôtels

### HOTEL DU GOLF

Hôtel de grande classe, tous les appartements avec salle de  
bains, w.-c., téléphone. Première réalisation hôtelière dans  
la suppression des bruits. =====

### HOTEL CHICAGO

Résidence de tout premier ordre. =====

### LE GRAND HOTEL

Hôtel de premier ordre à *prix modérés*. Recommandé aux  
familles. =====

### LE PAVILLON DU GOLF

Grande terrasse avec vue splendide sur la chaîne des  
Alpes. Son restaurant, ses spécialités régionales, ses thés  
avec orchestre. =====

### MAISON MÉDICALE DE RÉGIME

Sous contrôle d'un médecin spécialiste. Cuisine diététique.  
Laboratoires d'analyses. =====

**Distractions** Théâtre. Concerts. Cinéma. Parc pour enfants. =====  
**Tous les sports** Golf 18 trous. Tennis. Promenades. Canotage (5 km.  
du lac). Pêche à la truite. =====

Direction Générale : I. TARTAKOWSKY, Administrateur

J. FRETET. — L'érotomanie homosexuelle traversée .....	167	E.-A. CHEVALEV. — Evolution et terminaison des états réactifs liés aux traumatismes psychiques .....	170
J. PICARD. — Mécanismes névrotiques dans les psychoses : œdipisme, homosexualité, théâtre-lisme hystérique et perversité .....	168	M.-E. GONZALEZ. — Démence sénile installée à la suite d'une infection « grippale » .....	170
F. GORRITI. — Etats parapsychiatriques ....	168	R. BRINGEL. — Sur quelques cas d'encéphalopathie anémique .....	171
F. GORRITI. — Constitution religieuse .....	168	G. DE MORSTIER et R. BROCCARD. — Syndrome pariétal avec mouvements forcés complexes et hallucinations visuelles. Contribution à l'étude de l'automatisme et de la grande attaque hystérique .....	171
A.-L. LECHITCHINSKY. — Contribution au diagnostic différentiel des états dépressifs réactifs endogènes .....	169	P.-M. VAN WULFFTEN-PALTHE. — Syphilis du système nerveux chez les asiatiques des Indes Néerlandaises (Java et Sumatra) .....	171
K. BROCKHANSSEN. — Considérations hérédobiologiques sur les psychoses d'involution et notamment sur les mélancolies pures apparaissant pour la première fois au moment de l'involution .....	169	A. TROSSARELLI. — Disvitaminose dans les maladies mentales .....	172
HELENE SCHNITZENBERGER. — Les tares héréditaires dans la parenté immédiate de 30 cas de mélancolie involutive ou du « climaterium » .....	170		

(Suite du sommaire, page XII).

# MAISON DE SANTÉ

161, rue de Charonne -- PARIS-XI<sup>e</sup>

Téléphone : ROQUETTE 05-05

Traitement des maladies mentales et nerveuses des deux sexes

Grand parc de 2 hectares en plein Paris

Pavillons et jardins séparés

Directeur : le D<sup>r</sup> CL. VURPAS

Médecin de La Salpêtrière

Les familles sont reçues tous les jours de 2 heures à 5 heures



# LES RIVES DE PRANGINS

*PRANGINS près NYON (Suisse)*

## ÉTABLISSEMENT DE PSYCHOTHÉRAPIE

CONFORT MODERNE

||| |||  
Chambres seules ou appartements de une ou plusieurs pièces  
-- -- Magnifique situation au bord du Léman -- --  
-- -- A 22 km. de Genève sur la route de Lausanne -- --  
Six villas disséminées dans un grand parc de 50 hectares ||| |||



## TRAITEMENT DES AFFECTIONS NERVEUSES

Cures de repos -- Rééducation -- Suggestion

Traitements psychologiques -- Physiothérapie.

Traitement organothérapique avec contrôle biologique (Cures d'insuline, pyréthothérapie, malariathérapie) — Laboratoire d'analyses — Rayons X —

Cabinet dentaire

||| |||  
-- -- Divers ateliers très bien aménagés -- --  
Etudes et leçons particulières dans l'établissement  
-- -- Sports d'été et sports d'hiver -- --  
-- Trois tennis — Bains du lac — Equitation -- ||| |||

Quatre médecins assurent les traitements.

Infirmières diplômées à la disposition des malades.

Prix de pension variant suivant la nature du traitement et le genre de l'installation choisie (à partir de fr. suisses 25 -- et pour les cas de psychothérapie à partir de fr. suisses 35 par jour).

Demandez prospectus à l'Administration

Adresse télégraphique :

Rivaprangins, Nyon



Téléphones

{ Service Médical : Nyon 95.441

{ Administration : Nyon 95.442

Médecin-chef : D<sup>r</sup> O.-L. FOREL, Privat-Doctent à l'Université de Genève.

## Neurologie.

I. SCHUMACHER. — Narcolepsie familiale....	172
N.-E. KOWALEW. — Encéphalographie à l'aide de petites quantités d'air dans les tumeurs céré- brales .....	172
II. ASKENASY. — Etude des modifications pneumo- graphiques des tumeurs des ventricules laté- raux .....	172
A. TARABINI. — Glioblastome endoventriculaire de l'hémisphère droit .....	173
I. COHEN. — Tumeurs de la fosse postérieure sans œdème pupillaire .....	173
Th. DE MARTEL et J. GUILLAUME. — Le vomisse- ment : symptôme précoce des tumeurs de la fosse cérébrale postérieure .....	173
V.-E. VENTURA. — Contribution à l'étude des tu- meurs subcorticales .....	174
A. TARABINI. — Les ramollissements dans le ter- ritoire de l'artère sylvienne .....	174
A. KRAL. — Syndromes bulbo-médullaires post- encéphaliques chez le frère et la sœur .....	174
M.-A. GLASER, H.-M. BEHRMAN. — Diagnostic dif-	

férentiel des lésions chirurgicales et non-chi- rurgicales du cervelet, du pont et de la moelle .....	175
G. DE MORSIER. — Les hématomas de la dure- mère. Diagnostic, pathogénie, traitement (Étu- de portant sur 31 cas vérifiés) .....	175
H. MARCUS et H. SOGREN. — L'hémiballisme et le corps de Luys .....	175
S.-M. WEINGROW. — Paramyoclonus multiplex et neuro-syphilis .....	176
P. CORAZZI. — Les troubles de la sensibilité dans le cadre de la sclérose latérale amyotro- phique .....	176
D.-E. SCHNEIDER et M.-M. ABELÈS. — Maladie de Charcot-Marie-Tooth avec atrophie optique primaire. ....	176
H.-B. CARTER. — Herpès zoster consécutif à la ponction lombaire .....	177

## Médecine légale.

J. ENDARA. — Psycho-diagnostic de Rorschach et délinquance .....	177
---	-----

(Suite du sommaire, page XIV).

# SANATORIUM BELLEVUE

du Docteur BINSWANGER



à KREUZLINGEN (Suisse)

(fondé en 1857)

Spécialement organisé pour le traitement des  
**MALADIES NERVEUSES, MENTALES et des INTOXICATIONS**

**CURES D'INSULINE**

9 villas différentes permettant la séparation complète  
des diverses formes de maladies

6 villas séparées pour névroses, états d'épuisement et de convalescence

3 villas séparées pour maladies mentales

4 médecins

Installation hydrothérapeutique très moderne  
gymnastique, massage, jardinage, tissage, etc...

Grande ferme modèle

RENSEIGNEMENTS ET PROSPECTUS PAR L'ADMINISTRATION



# CENTRE MÉDICO-PÉDAGOGIQUE DE PAU

Fondé en 1930

**ENTIÈREMENT RÉORGANISÉ**

VILLA FORMOSE, 1, allées de Morlaàs, PAU (Basses-Pyrénées) — Tél. 27-07

## Etablissement de traitement et de réadaptation pour Garçons

Superbe Villa dans le quartier le plus aristocratique de PAU, au milieu d'un grand parc. TRÈS GRAND CONFORT. Exposition entièrement au Midi. Chauffage central. Électricité. Lavabos individuels. Hydrothérapie complète. Vastes dépendances. Salles de Jeux. Jardin d'Hiver. Cinéma. Sport. Gymnastique médicale et rythmique.

### Un des rares Etablissements qui soit spécialisé pour

**GARÇONS ATTEINTS DE TROUBLES CARACTÉRIELS** : nerveux, instables, irritables, insomniaques, coléreux, fantasques, indisciplinés, fugueurs, etc. — Les émotifs, anxieux, psychasthéniques, etc. — Les cyclothymiques. — Les petits pervers : inaffectivité, malignité, mensonges, vols, etc. — Les paranoïaques, les épileptiques sans crises convulsives, les schizoïdes, les mythomanes, etc.

**GARÇONS RETARDÉS PÉDAGOGIQUES OU SCOLAIRES EN RETARD DANS LEURS ÉTUDES** par suite de maladie.

Certains enfants peuvent continuer à fréquenter le Lycée tout en recevant à l'Etablissement les soins nécessaires

### COURS ET LEÇONS PARTICULIÈRES A L'ÉTABLISSEMENT

-- Latin, Grec, Anglais, Allemand, Musique --

Garnet de Santé neuropsychiatrique — Fiche médicale mensuelle envoyée aux Familles

Prix de Pension à partir de 1.000 fr. par mois. Demandez-nous notre brochure

PAU, la Station la plus sédative de France. Ni vent ni poussière, douceur de l'atmosphère, absence de brouillard ; climat idéal pour ces catégories d'enfants

**NON ADMIS : CONTAGIEUX, GRANDS ARRIÉRÉS ET GRANDS AGITÉS**

**Nombre de places strictement limité**

Directeur Médical : Docteur MONESTIER, Médecin honoraire des Hôpitaux Psychiatriques

Directeur des Etudes : M. COCONAS, Professeur spécialisé

B. MENDELSON. — Méthode à utiliser par le défenseur pour les recherches concernant la personnalité du criminel .....	177
--	-----

A. FRANCHETEAU. — Sur la sortie de l'asile des aliénés criminels. A propos d'une tentative d'homicide .....	177
---	-----

## VARIÉTÉS

### Société Médico-Psychologique :

Séances .....	178
Hôpitaux psychiatriques :	
Distinctions honorifiques .....	178
Nominations .....	178
Postes vacants .....	179
Sociétés, Réunions et Congrès :	
Société de neurologie et de psychiatrie de Buenos-Ayres .....	179

V<sup>e</sup> Réunion annuelle de la Société des Neurologistes et Psychiatres allemands .... 179

VI<sup>e</sup> Réunion Européenne d'hygiène mentale (Lugano, 4-6 juin 1939) .....

179

III<sup>e</sup> Congrès International de neurologie (Copenhague, 21-25 août 1939) .....

180

### Assistance :

L'assistance aux Parkinsoniens post-encéphaliques en Italie .....

180

## INFORMATIONS

Commémoration de la fondation de l'Institut Pasteur .....	XVIII
II <sup>e</sup> Congrès international de la Fédération latine des Sociétés d'eugénique (Bucarest, septembre 1939) .....	XX

X<sup>e</sup> Congrès international de médecine et de pharmacie militaires .....

XXVII

Journées médicales de Bruxelles 1939 ....

XXVIII

## Maison de Santé de PRÉFARGIER près Neuchâtel - SUISSE



Traitement des maladies nerveuses mentales, de l'alcoolisme, des toxicomanies. Traitement individuel. Occasions variées d'occupation rationnelle pour les pensionnaires. Psychothérapie. Installations modernes. Situation ravissante au bord du lac de Neuchâtel. Vaste parc de 30 hectares.

**Médecin-Directeur : D<sup>r</sup> O. Riggenschach**  
2 médecins spécialistes résidant à l'Etablissement

# ÉTABLISSEMENT HYDROTHÉRAPIQUE ET MAISON DE CONVALESCENCE

Docteur J.-B. BUVAT et Docteur G. VILLEY-DESMESERETS

*Anciens Internes des Asiles de la Seine*

*Médecins-Directeurs*

**VILLA MONTSOURIS**  
130, rue de la Glacière  
**PARIS**

Téléphone : Gobel. 05-40

**MARDI, VENDREDI**

**2 à 5**

**CHATEAU de l'ABBAYE**  
**VIRY-CHATILLON**  
(S.-et-O.)

Téléphone : Juvisy 76

**PARC : Huit Hectares**

**TRAITEMENT DES MALADIES  
NERVEUSES ET DES TOXICOMANIES**  
**— PRIX MODÉRÉS —**



## **CLINIQUE MÉDICALE DE FONTENAY-S.-BOIS**

(Seine)

**6, Avenue des Marronniers — Tél. : Tremblay 12-87**

**Médecin-Directeur :**

**Docteur G. COLLET, Ancien interne des Asiles de la Seine**

**TRAITEMENT DES MALADIES NERVEUSES**

**ISOLEMENT — PSYCHOTHÉRAPIE — RÉGIMES — HYDROTHÉRAPIE  
ÉLECTROTHÉRAPIE**

**ÉTABLISSEMENT SITUÉ EN BORDURE DU BOIS DE VINCENNES — PARC  
PAVILLONS SPÉCIAUX POUR DAMES ET JEUNES FILLES**

**MAISON de REPOS pour PERSONNES AGÉES et pour CONVALESCENTS  
MOYENS DE COMMUNICATIONS FACILES AVEC PARIS**

**Chemin de fer de Vincennes, Place de la Bastille, à Paris  
Autobus n° 122 au Château de Vincennes (Station du Métro).**



## INFORMATIONS

---

### COMMEMORATION DE LA FONDATION DE L'INSTITUT PASTEUR

---

La cérémonie de commémoration de la fondation de l'Institut Pasteur aura lieu le 15 mars 1939, sous la présidence effective de M. Albert LEBRUN, Président de la République, et de M. RUCART, Ministre de la Santé publique.

---

(A suivre, page d'annonces XX).

## " LES BERGES DU LÉMAN "

### Traitement des affections nerveuses

Cures de repos et de convalescence

### Traitement spécial des psychonévroses

Situation exceptionnelle -- Vue étendue -- Grand parc -- Tout confort

Médecin-Directeur : Docteur M. GUILLEREY (Cabinet de consultations à Lausanne : Grand-Chêne, 2, lundi et jeudi sur rendez-vous. Téléphone 32.434). — Médecin-Adjoint : Docteur R. DUBY; un Médecin-Assistant. Téléphone : Vevey 52.008 ; Adresse télégraphique : Berges Vevey.

*Renseignements et prospectus auprès de la direction médicale*

**TRAITEMENT PHYTOTHÉRAPIQUE  
DES SYNDROMES SYMPATHIQUES  
et PARASYMPATHIQUES**

•  
ANGOISSE \_ ANXIÉTÉ \_ INSOMNIE NERVEUSE  
TROUBLES FONCTIONNELS DU CŒUR  
TROUBLES DE LA VIE GÉNITALE, etc...

**La Passiflorine**  
**RÉAUBOURG**

Composition composée d'Extraits Végétaux  
**ATOXIQUES**



Passiflora  
incarnata  
Salix alba  
Crataegus  
oxyacantha

**II<sup>e</sup> CONGRES INTERNATIONAL  
DE LA FEDERATION LATINE DES SOCIETES  
D'EUGENIQUE  
(Bucarest, septembre 1939)**

*Président* : Professeur-D<sup>r</sup> C. I. PARHON, Président de la Fédération des Sociétés d'eugénique des pays latins, Splaiul Independentei, 111, Bucarest, 6 (Roumanie).

*Secrétariat général* : Professeur-D<sup>r</sup> G. K. CONSTANTINESCO, Institut national zootechnique, Str. Doctor Staicovici, 63, Bucarest, 6 (Roumanie).

Le I<sup>er</sup> Congrès International Latin d'Eugénique, réuni à Paris du 1<sup>er</sup> au 3 août 1937, a choisi la Roumanie pour sa prochaine réunion. En conséquence, l'Union des Sociétés roumaines d'eugénique fait connaître que le II<sup>e</sup> Congrès International de la Fédération Latine d'Eugénique aura lieu à Bucarest, fin septembre 1939 (ou, éventuellement, début d'octobre).

(A suivre, page d'annonces XXII).

# CHATEAU DU BEL-AIR

**VILLENEUVE-St-GEORGES, 15 minutes de Paris**

65 trains par jour dans chaque sens

Voitures à la gare de Villeneuve-St-Georges : Trajet en 3 minutes

**PARC**  
de 8 hectares  
à  
flanc de coteau  
au midi

**Confort Moderne**

**CHAMBRES**  
avec  
Salles de bains  
privées



**Cures de Repos**  
**Convalescences**  
**Régimes**  
**Désintoxications**  
**Psychothérapie**  
**Héliothérapie**  
**Malariathérapie**

**MÉDECINS**  
**SPÉCIALISTES**  
résidant  
au Château

**D<sup>r</sup> H. MEURIOT & REVAULT D'ALLONNES**

Ancienne Maison de Santé fondée par le D<sup>r</sup> Blanche à Passy

Téléphone 244 à Villeneuve-St-Georges

**PRIX MODÉRÉS. — NOTICES ILLUSTRÉES SUR DEMANDE**

# LABORATOIRES AMIDO

## A. BEAUGONIN, Pharmacien

4, Place des Vosges, 4 — PARIS, 4<sup>e</sup> Arr<sup>t</sup>

### AMIDAL

Poudre — Comprimés — Cachets — Dragées  
Deux à quatre cuillerées à café,  
ou quatre à huit comprimés, dragées  
ou cachets par jour

Entérites aiguës et chroniques.  
Entéro colites, Dysenterie.  
Toutes les Diarrhées.  
La constipation spasmodique.

### VITAMYL IRRADIÉ

Extrait concentré de vitamines A, B, et C.  
Ergostérol irradié  
Une cuillerée à café  
avant chacun des trois repas.

Carences et Pré-carences.  
Rachitisme.  
Déminalisation.  
Troubles de la Croissance

### GÉNÉSÉRINE

OLONOVSKI et NITZBERG

Deux à trois granules ou dragées ou 20 à 30  
gouttes à chacun des trois repas ou une ampoule  
injectable chaque jour pendant 10 jours.

Hypo-acidité gastrique.  
Syndrome solaire.  
Dyspepsie atonique.  
Palpitations et Tachycardie  
des cœurs nerveux.

### GÉNATROPINE

OLONOVSKI et NITZBERG

2 granules, ou 20 gouttes, 2 à 3 fois par jour,  
entre les repas de préférence.  
1 ampoule injectable par jour.

Hyperchlorydrie.  
Spasmes digestifs — Vomissements.  
Coliques — Diarrhées.

### GÉNOSCOPOLAMINE

OLONOVSKI et NITZBERG

4 à 8 granules, ou 40 à 80 gouttes par jour,  
en 2 ou 3 prises, 1 ampoule par jour.

Maladie de Parkinson.  
Syndromes post-encéphalitiques.  
Anesthésie chirurgicale ou obstétricale.

### GÉNHYOSCYAMINE

OLONOVSKI et NITZBERG

2 granules, ou 20 gouttes, 2 à 3 fois par jour  
entre les repas de préférence.  
1 ampoule par jour.

Spasmes digestifs.  
Tremblements.  
Syndromes parkinsoniens.  
Sueurs des tuberculeux.

### GÉNOSTRYCHNINE

OLONOVSKI et NITZBERG

ou

Ampoules — Goutte — Granules

### GÉNOSTHÉNIQUES

Cacodylate de Génomorphine et de Gènesérine.

2 granules, ou 20 gouttes à chacun des trois repas.  
1 ampoule injectable chaque jour.

Asthénie.  
Neurasthénie — Surmenage.  
Anémie — Convalescence.  
Paralysies atoniques.

### GÉNOMORPHINE

OLONOVSKI et NITZBERG

En comprimés dosés à 2 Cgtrs (2 à 3 fois  
par jour) ou en ampoules injectables  
dosées à 4 Cgtrs.

La Douleur.  
L'Anxiété — l'Agitation.  
Les Dyspnées spasmodiques.  
La Démorphinisation.

ÉCHANTILLONS MÉDICAUX SUR DEMANDE

II<sup>e</sup> CONGRES INTERNATIONAL  
DE LA FEDERATION LATINE DES SOCIETES  
D'EUGENIQUE

(Bucarest, septembre 1939)

(Suite)

L'Union roumaine d'eugénique saura gré aux personnalités qui voudront, sans trop tarder, annoncer au secrétariat général leur participation. A cet effet, les Sociétés d'eugénique des pays latins fédérés sont priées de constituer des *Comités nationaux* pour organiser la participation et d'aviser à temps le secrétariat général du Congrès de la composition de ces Comités.

La date a été choisie de sorte que les vacances puissent être utilisées pour la participation à d'autres manifestations scientifiques. Ainsi, en août, aura lieu, à Copenhague, le Congrès International de Neurologie ; du 23 au 30 août, à Edimbourg, le Congrès International de Génétique ; puis, à Bucarest, du 29 août au 14 septembre, le Congrès

(A suivre, page d'annonces XXIII).

LE CASTEL  
D'ANDORTE

- 342, Route du Médoc -  
LE BOUSCAT, près Bordeaux  
- Téléphone : BORDEAUX 836-30 -

MALADIES MENTALES  
- ET NERVEUSES -

◆ ◆ ◆  
Médecin-Directeur :  
Docteur Pierre CHARON



II<sup>e</sup> CONGRES INTERNATIONAL  
DE LA FEDERATION LATINE DES SOCIETES  
D'EUGENIQUE

(Bucarest, septembre 1939)

(Suite)

International de Sociologie ; du 18 au 25 septembre aura lieu, à Istanbul, le Congrès International d'Anthropologie ; enfin, notre Congrès aura lieu fin septembre. Le voyage d'Istanbul en Roumanie est très facile et agréable, grâce aux courses qui ont lieu chaque semaine sur la Mer Noire par les bateaux très confortables du Service maritime roumain.

Les sujets discutés seront les suivants :

- 1) *Moyens de prophylaxie des maladies héréditaires.*
- 2) *Valeur comparée des différents mobiles d'accroissement des populations.*
- 3) *Hérédité et sensibilité aux infections et aux intoxications.*

(A suivre, page d'annonces XXIV).



## CHATEAU DE PREVILLE

Tél. 52 ORTHEZ (Basses-Pyrénées)



Dr Marcel DHIERS

Climat toni-sédatif

MAISON

de Traitements  
de Repos ~~~~~  
de Régimes ~~~~~

Affections nerveuses  
Intoxications  
Convalescences



Installation luxueuse et plaisante sur les bords du Gave au milieu  
-- d'un parc de douze hectares à proximité de Pau et Biarritz --  
Rayons X — Electrothérapie — Hydrothérapie — Psychothérapie

II<sup>e</sup> CONGRES INTERNATIONAL  
DE LA FEDERATION LATINE DES SOCIETES  
D'EUGENIQUE

(Bucarest, septembre 1939)

(Suite)

- 4) *Hérédité des aptitudes intellectuelles.*
- 5) *Rôle des mutations en eugénique.*
- 6) *Hérédité et endocrinologie.*

Les personnes désirant présenter des *communications* sur les sujets ci-dessus indiqués sont priées d'annoncer le sujet jusqu'au 1<sup>er</sup> mars 1939 au plus tard. Les manuscrits dactylographiés seront envoyés jusqu'au 1<sup>er</sup> juin 1939, dernier délai, afin que le rapport puisse être imprimé avant le jour de l'ouverture. Les communications ne devront pas excéder dix pages du format approximatif du présent prospectus.

Le Congrès finira par une ou plusieurs *excursions* ainsi que par

(A suivre, page d'annonces XXVI).

## NEUROBORE PUR

Solution inaltérable de tartrate borico-potassique pur  
1 gr. par cuillerée à café

**SPÉCIFIQUE DES AFFECTIONS NERVEUSES**

*Pas d'Acné — Pas de troubles gastro-intestinaux — Pas de dépression cardiaque*

## NEUROBORE -G- ASSOCIÉ

Tartrate borico-potassique + Phénylethyl-malonylurée + Correctif  
en cachets solubles

**MÉDICATION D'ATTAQUE**

**des Affections nerveuses graves, des Insomnies rebelles**

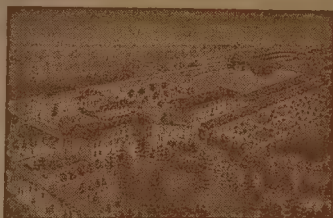
## CANTÉINE

**BOUTEILLE**

(Cratægus -- Passiflore -- Hamamélis -- Salix alba)  
Erethisme cardiaque - Neurasthénie - Mélancolie - Déprimés  
-- Troubles circulatoires et troubles nerveux consécutifs --

Echantillon gratuit sur demande

**Laboratoire E. BOUTEILLE, 23, rue des Moines, PARIS (17<sup>e</sup>)**



## **VILLA LUNIER** **à BLOIS (Loir-et-Cher)**

**consacrée au traitement des maladies mentales**

Fondé en 1860 par l'éminent D<sup>r</sup> **LUNIER** cet établissement sis sur un plateau salubre à la périphérie de la ville à 1.500 mètres de la gare, se trouve au milieu d'un parc magnifique de 11 hectares ; il comporte toutes les commodités modernes et les divers moyens de traitement ; un laboratoire bien outillé permet tous les examens biologiques nécessaires.

La direction et le service médical sont assurés par deux médecins en chef des Hôpitaux psychiâtriques assistés d'internes, de religieuses, d'infirmiers et d'infirmières laïques.

Le prix de pension varie de 950 fr. par mois à 1.350 fr. selon les classes.  
Le prix des pavillons particuliers oscille entre 2.500 f. et 4.800 fr.

~~~~~  
**TÉLÉPHONE : 2-82**  
~~~~~

**POUR PLUS AMPLES RENSEIGNEMENTS,  
DEMANDER LE PROSPECTUS DÉTAILLÉ.**

## **MAISON DE SANTÉ D'ÉPINAY-SUR-SEINE**

(Fondée par le D<sup>r</sup> Tarrius)

**6, Avenue de la République, EPINAY-sur-SEINE**

Téléphone : 68 St-Denis



Maladies mentales et nerveuses des deux sexes  
Désintoxications - Cures de repos - Hydrothérapie - Electrothérapie  
Rayons ultra-violet

### **PAVILLONS SÉPARÉS ET VILLAS PARTICULIÈRES**

très confortables au milieu d'un parc de 15 hectares

**CHAUFFAGE CENTRAL -- ÉLECTRICITÉ -- CHAPELLE**

*L'établissement est largement ouvert à tous les Médecins  
qui peuvent continuer d'y traiter leurs malades*

~~~~~  
**Moyens de communication :** Tramway n° 54, Place de la Trinité-Enghien (s'arrête devant l'Etablissement). — Chemin de fer gare du Nord, trajet en 10 minutes. — Automobiles, route d'Enghien, 7 kilomètres de Paris.

II<sup>e</sup> CONGRES INTERNATIONAL  
DE LA FEDERATION LATINE DES SOCIETES  
D'EUGENIQUE

(Bucarest, septembre 1939)

(Suite)

des *visites* effectuées à diverses institutions scientifiques, artistiques et sociales.

La taxe de participation est de 50 lei par personne ; les participants recevront en échange les travaux imprimés du Congrès.

Un prospectus spécial fera mention ultérieurement des divers détails concernant l'organisation du Congrès, ainsi que de la constitution des Comités, des excursions, etc.

Un *Comité de dames et demoiselles* sera à la disposition des femmes et des filles des congressistes.

Des *facilités de transport* et de séjour en Roumanie seront assurées par le Comité organisateur.

(A suivre, page d'annonces XXVII).

---



**Epilepsie**  
**ALEPSAL**

**simple, sûr, sans danger**

Echantillons & Littérature  
LABORATOIRES GÉNÉVRIER 2 Rue du Débarcadère PARIS.

---

## X<sup>e</sup> CONGRES INTERNATIONAL DE MEDECINE ET DE PHARMACIE MILITAIRES

Le X<sup>e</sup> Congrès international de médecine et de pharmacie militaires se tiendra à Washington, du 7 au 15 mai 1939.

Un programme scientifique et un programme de fêtes ont été élaborés ; ils seront communiqués sous peu à toutes les nations ayant reçu une invitation.

M. le général Charles-R. REYNOLDS, directeur général du Service de santé de l'armée, a été nommé *président* du Congrès et M. le colonel Harold W. JONES, du Service de santé de l'armée, *secrétaire général*.

L'adresse du Secrétariat est la suivante : X<sup>e</sup> Congrès international de médecine et de pharmacie militaires, Army medical Library, Washington, D.C.

(A suivre, page d'annonces XXVIII).

# VILLA PENTHIÈVRE

*Maison de Santé et de Convalescence*

**SCEAUX (Seine)**

TÉ. ÉPH. 12

**PSYCHOSES — NÉVROSES**



Médecin-Directeur : Dr BONHOMME, Ancien Interne des Asiles de la Seine  
Médecin assistant : Dr CODET, Ancien Chef de Clinique de la Faculté



## JOURNEES MEDICALES DE BRUXELLES 1939

---

A titre tout à fait exceptionnel, à l'occasion de l'*Exposition Internationale de l'Eau* et de l'*Inauguration du Canal Albert*, la XVIII<sup>e</sup> session des *Journées Médicales de Bruxelles* se tiendra à Liège du 24 au 28 juin 1939, sous la présidence du professeur Ernest RENGUX, membre de l'Académie Royale de Médecine.

Le programme scientifique, semblable à celui qui connut tant de succès à Bruxelles au cours des dix-sept sessions antérieures, comprendra des conférences magistrales sur les questions médicales à l'ordre du jour, des démonstrations pratiques et des séances opératoires dans les hôpitaux.

Des fêtes nombreuses, dans le cadre de l'Exposition, et des excursions à Spa et au Canal Albert, réalisation dont s'enorgueillit à juste titre la Belgique, seront offertes aux congressistes.

Pour renseignements et inscriptions, s'adresser au *Secrétaire général*, D<sup>r</sup> René BECKERS, 141, rue Belliard, à Bruxelles.

### **Etablissement Médical de MEYZIEU (Isère)** **Près LYON**

Fondé en 1881 par le Docteur Ant. COURJON

#### **Direction médicale**

D<sup>r</sup> Rémi COURJON, Médecin des Asiles, Ancien Chef de Clinique Neuro-Psychiatrique à la Faculté de Lyon, Expert près la Cour d'Appel de Lyon.

D<sup>r</sup> Jean THÉVENON, Ex-interne des Hôpitaux de Lyon, Ancien Chef de Clinique Neuro-Psychiatrique à la Faculté de Lyon.

Un médecin-adjoint

### **MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX**

NÉVROSES, PSYCHOSES, INTOXICATIONS  
CURE DE RÉGIME, SEVRAGE, ISOLEMENT

*Pour tous renseignements : s'adresser au Directeur à Meyzieu, tél. n° 5, ou à Lyon, Cabinet du D<sup>r</sup> Rémi Courjon, 4, rue Président Carnot, les mardi et jeudi de 15 à 17 h. Tél. Franklin 07-28.*

## SOMMAIRE DU N° 2 (tome I), FÉVRIER 1939

### MÉMOIRES ORIGINAUX

- H. AUBIN. — Introduction à l'étude de la psychiatrie chez les Noirs (*suite*)..... 181
- Mares CAHANE et Tatiana CAHANE. — Insuffisance pituitaire et schizophrénie.  
Considérations anatomo-cliniques sur l'existence d'un facteur d'insuffisance  
pituitaire dans certains cas de schizophrénie..... 214
- BARDENAT et LÉONARDON. — L'insulinothérapie par voie endo-veineuse..... 220

(Suite du sommaire, page 11).

## MAISON DE SANTÉ

:- D'IVRY-SUR-SEINE :-

23, Rue de la Mairie à IVRY

Téléphone : Gob. 01.67

## MALADIES MENTALES & NERVEUSES

**NOMBREUX PAVILLONS**  
**DANS UN PARC DE 12 HECTARES**

**Médecin-Directeur : Docteur A. DELMAS**

*Ancien chef de clinique à la Faculté de Médecine de Paris*

**Médecin-adjoint : Docteur P. DELMAS**

## SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du 9 février 1939

- LAIGNEL-LAVASTINE et P. PAUGAM. — Dépression et psoriasis ..... 226
- A. BARBÉ et J. DELAY. — Sur un cas de maladie de Lobstein avec idiotie congénitale ..... 229
- LHERMITTE et SUTTEL. — Polyradiculonévrite avec dissociation albumino-cytologique type Guillain et Barré chez une démente précoce ..... 233
- P. COURBON et J. PERRIN. — Ankylose des deux coudes. Séquelle de bouffée d'agitation délirante chez une adolescente hystérique ..... 236
- J. TINEL. — Les effets de la vagotonine, en ingestion, dans la névrose d'angoisse. 242

- P. CHATAGNON, Mme Th. BROSSE, M.-P. SCHERRER et Mlle. C. CHATAGNON. — Réactions du système neuro-vasculaire au cours de l'évolution d'un délire hallucinatoire chronique et de deux cas de psychose maniaco-dépressive. Influence des facteurs psychopathiques sur les tracés sphymographiques et électro-cardiographiques.... 248
- P. CHATAGNON, Mme Th. BROSSE, M.-P. SCHERRER et Mlle C. CHATAGNON. — Forme psychique d'une endocardite végétante à évolution lente ..... 253

Séance du 27 février 1939

- Adoption du procès-verbal ..... 261
- Correspondance ..... 261

(Suite du sommaire page IV).

# CHATEAU

DIRECTEUR : D<sup>r</sup> Gaston MAILLARD  
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris  
Médecin de Bicêtre et de la Salpêtrière  
Médecin-adjoint : D<sup>r</sup> Charles GRIMBERT

DE

— MAISON DE SANTÉ MODERNE —  
POUR DAMES ET JEUNES FILLES



# L'HAY-LES-ROSES

INSTALLATION  
DE  
PREMIER ORDRE

Notice sur demande

2, rue Dispan

L'HAY-  
LES-ROSES  
(SEINE)

TÉLÉPHONE : 5

AFFECTIONS DU SYSTÈME NERVEUX  
- CURES DE DÉSINTOXICATION -  
- DE REPOS ET DE RÉGIMES -

# CHATEAU DE SURESNES

Téléphone : SURESNES 2.88

Maison  
de Santé  
de Repos  
de Régimes



FONDÉE PAR

M. le D<sup>r</sup> MAGNAN

Membre de

l'Académie de Médecine



Le Château

La Maison de Santé du Château de Suresnes est située à la Porte de Paris (sortie du Bois de Boulogne), dans un grand parc.

Remise à neuf et embellie depuis la guerre, la maison reçoit, dans des parties distinctes (château et pavillons dispersés dans la verdure du parc), des convalescents, neurasthéniques, nerveux, intoxiqués ou psychopathes.

Château et pavillons réunissent toutes les conditions les meilleures d'hygiène et de bien-être (chauffage central, eau chaude, électricité, eau de source), etc.

Les personnes qui y séjournent peuvent y disposer à leur gré d'une chambre meublée avec luxe, d'un cabinet de toilette, d'un salon, d'une salle de bains, etc.

Les Médecins de la Maison de Santé et leurs familles prennent leurs repas avec les pensionnaires qui désirent fréquenter la salle à manger.

La Maison est largement ouverte à Messieurs les Médecins, qui peuvent ainsi continuer à suivre leurs malades.

## HYDROTHERAPIE - ÉLECTROTHERAPIE

MÉDECINS DIRECTEURS :

D<sup>r</sup> FILLASSIER O. \* ✂ D<sup>r</sup> DURAND-SALADIN

NOTICE SUR DEMANDE

Communications : Tramway du Val d'Or à la Porte Maillot

|                                                 |     |                                             |     |
|-------------------------------------------------|-----|---------------------------------------------|-----|
| Vacance d'une place de membre titulaire         | 261 | pos de deux cas de tumeur cérébrale à       |     |
| Ordre du jour de la séance du lundi 22 mai 1939 | 262 | forme mentale prolongée                     | 284 |
| Election d'un membre titulaire non rési-        | 262 | H. ROGER et J. BOUDOURESQUES. — Syndrome    |     |
| dant                                            | 262 | psycho-polynévritique de Korsakeff dé-      |     |
| Election de trois membres titulaires rési-      | 262 | clanché au cours d'une suppuration pul-     |     |
| dants                                           | 262 | monaire par des injections intra-veineuses  | 293 |
| Election de trois membres correspondants        |     | d'alcool                                    | 293 |
| nationaux                                       | 263 | M. DIDE. — De l'athymhormie à la discor-    | 298 |
| Décès des professeurs Charles Blondel et        |     | dance                                       | 298 |
| Joannès Martin                                  | 263 | A. LE GRAND et P. ANNÉE. — Recherches expé- |     |
| G. FERDIÈRE. — Etude du dessin chez un          |     | rimentales sur l'action catatonisante de    |     |
| aphasique : ne permet-elle pas de parler        |     | certaines liquides céphalo-rachidiens.      | 306 |
| de « réalisme intellectuel » ou d'hypo-         |     | P. HARTENBERG. — La strychnine chez les     |     |
| praxie constructive ?                           | 265 | épileptiques                                | 310 |
| G. DAUMÉZON et G. GUSDORF. — Ecriture en        |     | BRISSET, J. MAILLEFER et J. BUTZBACH. —     |     |
| miroir du membre fantôme gauche d'un            |     | L'association strychnine-gardénal dans le   |     |
| amputé délirant. Considération sur le mé-       |     | traitement de l'épilepsie chez les enfants  |     |
| canisme hallucinatoire                          | 278 | anormaux                                    | 313 |
| H. ROGER, M. ARNAUD et J. PAILLAS. — A pro-     |     | PASTEUR-VALLÉRY-RADOT, J. DELAY et P. MIL-  |     |
|                                                 |     | LIEZ. — Sur un cas de potomanie             | 320 |

(Suite du sommaire, page VI).

# NEURINASE

*amorce le  
sommeil naturel*

*℥*

**Insomnie**  
Troubles nerveux

*Ech<sup>ons</sup> & Littérature*  
LABORATOIRES GÉNÉVRIER  
2 Rue du Débarcadère PARIS



# VILLA DES PAGES

LE VÉSINET (S.-et-O.)

40, Avenue Horace Vernet

TRAITEMENT DES AFFECTIONS NERVEUSES  
ET DES MALADIES DE LA NUTRITION

REPOS, CONVALESCENCES, RÉGIMES

*Cures de désintoxication*

Psychothérapie, Rééducation, Physiothérapie



*12 chalets pourvus du confort moderne  
disséminés dans un parc de 5 hectares.  
Chambres ou appartements à plusieurs pièces*

La clinique est entièrement ouverte aux Médecins  
qui peuvent ainsi conserver la direction de leurs malades

Médecins directeurs : Docteurs LEULIER, MIGNON, CASALIS

Médecin assistant : Docteur LECLERCQ

Téléphone : LE VESINET 12

## SOCIÉTÉS

### Société de Neurologie de Paris

Séance, du jeudi 2 février 1939

- I. BABONNEIX. — Sur la sclérose tubéreuse. 325
- J. LHERMITTE, Th. DE MARTEL, GUILLAUME et AJURIAGUERRA. — Syndrome de cachexie progressive par tumeur (spongioblastome) du 3<sup>e</sup> ventricule. Le problème anatomique de la maladie de Simonds ..... 325
- J. LHERMITTE, HUGUENIN et E. VERMES. — Les métastases du système nerveux central des épithéliomas du poulmon ..... 326
- J. LHERMITTE, Mlle BOUCABEILLE et M. CAHEN. — Syndrome strié de l'enfance à type particulier ..... 326
- HEUYER, Mme ROUDINESCO et Mlle HAGUENAUER. — Encéphalopathie chronique infantile à forme atonique (maladie de Forster) ..... 327
- MONIER-VINARD, VELTER et G. OFFRET. — Fixité totale et permanente du regard par hypertonie des muscles oculo-moteurs ..... 327
- Th. ALAJOUANINE et MIGNOT. — Un cas d'agcusié datant de 20 ans ..... 328

### Groupement Français d'Etudes de Neuro-Psychopathologie Infantile

Séance du 23 janvier 1939

- BRISSET et Mlle GRAVEJAL. — Cyclothymie et schizophrénie ..... 328
- Mmes ROUDINESCO et VIOLET. — Les tests P.V. dans un groupe scolaire parisien ..... 329

### Société de Médecine mentale de Belgique

Séance du 28 janvier 1939

- E. DE GREEFF. — De l'hormone au comportement humain ..... 330
- L. VAN BOGAERT et A. DE WULF. — Contribution à l'étude des maladies de la substance blanche; la leucodystrophie progressive avec corps méta-chromatiques ..... 331
- H. BAONVILLE, J. LEY, A. et J. TITECA. — Association des thérapeutiques par l'insuline et par le

(Suite du sommaire, page VIII).

# CHATEAU DES COUDRAIES

Ancienne Institution d'Eaubonne (fondée en 1847)

Magnifique Parc de 5 hectares, adossé à la forêt de Sénart. Très belle vue sur la vallée de la Seine. Très grand confort. Eau courante, chaude et froide, dans toutes les chambres, électricité, chauffage central, installation hydrothérapique complète. Rayons U. V. Jardinage. Horticulture. Potagers de 20.000 m<sup>2</sup>. Tennis.



PRIX DE PENSION A PARTIR DE 900 FR. PAR MOIS

## ÉTIOLLES (S.-&-O.)

### ENFANTS ET JEUNES GENS ARRIÉRÉS

Education et Traitement  
des déficients intellectuels  
à tous les degrés

DIRECTEURS  
Drs M. et J. de CHABERT  
de 2 à 5 heures  
sauf jeudis et dimanches  
25 km. de PARIS  
gare Evry-Petit-Bourg (P.-L.-M.)  
Arrêt des autocars Citroën  
27 - 28 - 29 : Dép. de Paris,  
pl. Denfert-Rochereau  
Tél. Corbeil 226

# SAINT-REMY

CLINIQUE MÉDICALE

46, Boul. Carnot    Tél. Régional 755 et 850

LE VÉSINET (S.-et-O.).



-- -- TRAITEMENT -- --  
des affections du Système nerveux, des  
intoxications et des maladies de la nutrition

Repos — Convalescences — Régimes  
Electrothérapie — — Hydrothérapie

Dans banlieue agréable, paisible et saine.  
Très belle installation modèle, 6 pavillons séparés  
- - dans un parc fleuri de 2 hectares - -

Chambres gaies, meublées avec goût, très confortables,  
cabinets de toilette avec S. B. et W. C. privés.  
Galleries ensoleillées. Terrain et salons de jeux.  
- Excellente cuisine bourgeoise et de régimes -

NI MALADES CONTAGIEUX OU BRUYANTS

-- -- MÉDECIN-DIRECTEUR -- --

-- -- **D<sup>r</sup> P. ALLAMAGNY** -- --

avec la collaboration du D<sup>r</sup> VIGNAUD,  
ex-Directeur de la Maison de Santé de Vanves

-- -- et d'un médecin assistant -- --

cardiazol dans le traitement de la démence pré-  
coce ..... 331

## Société belge de Neurologie

Séance du 28 janvier 1939

MOREAU. — Sclérodémie et anémie pernicieu-  
se ..... 332

BUSSCHAERT. — Un cas d'atrophie cérébelleuse  
chez l'enfant ..... 332

MAGE. — Accidents post-vaccinaux ..... 332

MAGE. — Les polyradiculonévrites. Contribution  
clinique et anatomique ..... 332

J. TITECA. — Tremblement antagoniste intention-  
nel unilatéral apparu chez un paralytique gé-  
néral après malarisation ..... 333

MASSAUT. — Tumeur frontale et oligophrénie ..... 333

## ANALYSES

### LIVRES, THÈSES, BROCHURES

#### Médecine légale.

E. DE GREEFF. — Introduction à la criminologie ..... 334

A. LEY. — Jalousie et criminalité ..... 336

### JOURNAUX ET REVUES

#### Psychiatrie.

L. MARS. — La mentalité haïtienne ..... 337

A. OMBRÉDANNE, Mmes SUARÈS et CANIVET. — Sur le

mécanisme des crises d'angoisse vespérales et  
et nocturnes de l'enfant ..... 337

E. PICHON. — Définition de la débilité men-  
tale ..... 338

L. CIAMPI. — Le syndrome de l'atrophie éthyque  
post-encéphalitique ..... 338

H. BAONVILLE, J. LEY et J. TITECA. — Méningo-  
encéphalite saturnine ..... 338

G. CARNAVELLI. — Sur un cas de psychose palu-  
dénne ..... 339

F.-A. PICKWORTH. — Ischémie cérébrale et trou-  
bles mentaux ..... 339

(Suite du sommaire, page X).

# Ecole du Docteur Henriette Hoffer

ETABLISSEMENT PSYCHO-MÉDICO-PÉDAGOGIQUE  
POUR ENFANTS INAPTES A SUIVRE LES CLASSES NORMALES

(ENFANTS RETARDÉS, DÉLICATS, SOURDS, PARLANT MAL)

Fondatrices : D<sup>r</sup> H. HOFFER et Madame Anne-Marie BUSSEAU



« MONTCLAIR »

I, Grande Rue, BELLEVUE-MEUDON (Seine-&-Oise) - Téléph. : Observatoire 17-45

# DIVONNE-LES-BAINS

OUVERT  
TOUTE  
L'ANNÉE

Altitude 519 m. (Genève 16 km.) — AIN

LA GRANDE STATION FRANÇAISE DE REPOS

-- -- dans un parc de 100 hectares -- --

==== Indication spéciale de cure pour : ====  
les troubles fonctionnels du SYSTÈME NERVEUX et des  
MALADIES DE LA NUTRITION qui s'y rattachent  
les maladies organiques du TUBE DIGESTIF et de la  
==== NUTRITION =====

## Dans le parc : Etablissement thermal

Hydrothérapie. Psychothérapie. Cures d'air, de repos,  
d'exercices et de culture physique. Massothérapie. Elec-  
trothérapie. Radiologie. =====

## Dans le parc : Les Hôtels

### HOTEL DU GOLF

Hôtel de grande classe, tous les appartements avec salle de  
bains, w.-c., téléphone. Première réalisation hôtelière dans  
la suppression des bruits. =====

### HOTEL CHICAGO

Résidence de tout premier ordre. =====

### LE GRAND HOTEL

Hôtel de premier ordre à *prix modérés*. Recommandé aux  
familles. =====

### LE PAVILLON DU GOLF

Grande terrasse avec vue splendide sur la chaîne des  
Alpes. Son restaurant, ses spécialités régionales, ses thés  
avec orchestre. =====

### MAISON MÉDICALE DE RÉGIME

Sous contrôle d'un médecin spécialiste. Cuisine diététique.  
Laboratoires d'analyses. =====

Distractions Théâtre. Concerts. Cinéma. Parc pour enfants. =====

Tous les sports Golf 18 trous. Tennis. Promenades. Canotage (5 km.  
du lac). Pêche à la truite. =====

Direction Générale : I. TARTAKOWSKY, Administrateur



|                                                                                                                  |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| W. MAYER-GROSS. — Psychoses associées à l'hypertension, à l'artério-sclérose et à l'insuffisance cardiaque ..... | 339 |
| K. GOLDSTEIN et S.-E. KATZ. — La psychopathologie de la maladie de Pick .....                                    | 340 |
| C.-P. SYMONDS. — Troubles mentaux consécutifs aux traumatismes crâniens .....                                    | 340 |
| B.-J. ALPERS. — Rapports de l'hypothalamus avec les troubles de la personnalité .....                            | 340 |
| R. KNIGHT. — Psychodynamisme de l'alcoolisme chronique .....                                                     | 340 |
| F.-J. CURRAN. — Etude de la personnalité des femmes alcooliques .....                                            | 341 |
| A. ROSTAN. — Sur la psychose hallucinatoire chronique .....                                                      | 341 |
| G. BOSCH. — Schizophrénie .....                                                                                  | 341 |
| J. SUSMAN-GALANT. — Masturbation et autocastration au cours d'une affection paranoïde schizophrénique .....      | 342 |
| D. ANGRISANI. — Le phénomène de l'oreiller psychique .....                                                       | 342 |
| P. OTTONELLO. — Contribution à la délimitation clinique de l'anorexie mentale .....                              | 342 |

## Psychologie.

|                                                                                                                                                                                                                            |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| G. SCHMITZ. — Etude sur la jalousie .....                                                                                                                                                                                  | 342 |
| H. KRAMPFLITSCHKE. — La peur chez l'enfant .....                                                                                                                                                                           | 343 |
| W. STERN. — Un test pour l'examen de l'activité imaginative de l'enfant (test des nuages). .....                                                                                                                           | 344 |
| A.-P.-L. BELEY. — Mesure des facultés originales de raisonnement logique par les tests non verbaux de Penrose .....                                                                                                        | 344 |
| DESSAGNE. — Essai de représentation concrète du processus physiologique de l'intelligence .....                                                                                                                            | 345 |
| I. VELIKOWSKY. — Une langue nouvellement acquise peut-elle devenir la langue de l'inconscient ? .....                                                                                                                      | 345 |
| M. MAHLER-SCHOENBERGER et I. SILBERPFENNIG. — Le test d'interprétation des taches de Rorschach et son utilisation dans l'étude de la psychologie des malades cérébraux. I. Contribution à la psychologie des amputés ..... | 345 |
| J.-W. PAPEZ. — Essai sur le mécanisme de l'émotion .....                                                                                                                                                                   | 346 |
| L. MATA. — Etude de l'attention dans l'orientation et la sélection professionnelles .....                                                                                                                                  | 346 |

(Suite du sommaire, page XII).



## CHATEAU DE SAUMERY

CLINIQUE MEDICALE DU CENTRE  
HUISSEAU-sur-COSSON (Loir-et-Cher)  
12 km de BLOIS — 4 km de CHAMBORD

TRAITEMENT DES AFFECTIONS NERVEUSES  
MISE EN ŒUVRE DES THÉRAPEUTIQUES LES PLUS MODERNES  
(Contrôle de laboratoire)

Magnifique demeure historique  
dotée de tout le confort moderne dans un très beau parc de  
38 HECTARES CLOS DE MURS

Docteur **Maurice OLIVIER**  
Médecin en chef des Hôpitaux Psychiatriques  
Téléphone 1, Huisseau-sur-Cosson

# LES RIVES DE PRANGINS

PRANGINS près *NYON* (Suisse)

ÉTABLISSEMENT DE PSYCHOTHÉRAPIE

CONFORT MODERNE

Chambres seules ou appartements de une ou plusieurs pièces

-- -- Magnifique situation au bord du Léman -- --

-- -- A 22 km. de Genève sur la route de Lausanne -- --

Six villas disséminées dans un grand parc de 50 hectares



## TRAITEMENT DES AFFECTIONS NERVEUSES

Cures de repos -- Rééducation -- Suggestion

Traitements psychologiques -- Physiothérapie.

Traitement organothérapique avec contrôle biologique (Cures d'insuline, pyréthothérapie, malariathérapie) — Laboratoire d'analyses — Rayons X —

Cabinet dentaire

-- -- Divers ateliers très bien aménagés -- --

Etudes et leçons particulières dans l'établissement

-- -- Sports d'été et sports d'hiver -- --

-- -- Trois tennis — Bains du lac — Equitation -- --

Quatre médecins assurent les traitements.

Infirmières diplômées à la disposition des malades.

Prix de pension variant suivant la nature du traitement et le genre de l'installation choisie (à partir de fr. suisses 25 -- et pour les cas de psychothérapie à partir de fr. suisses 35 par jour).

Demandez prospectus à l'Administration

Adresse télégraphique :

Rivaprangins, Nyon

Téléphones { Service Médical : Nyon 95.441

Administration : Nyon 95.442

Médecin-chef : D<sup>r</sup> O.-L. FOREL, Privat-Docent à l'Université de Genève.

|                                                          |     |
|----------------------------------------------------------|-----|
| E. AINAUD. — L'éducation artistique à l'école            | 316 |
| H. GRÜNBERG. — L'idée de paix comme problème d'éducation | 316 |

## Psychanalyse.

|                                                                                 |     |
|---------------------------------------------------------------------------------|-----|
| P. COSSA. — Le médecin catholique devant la psychanalyse. Méthodes et doctrines | 317 |
| Mme O. CODER. — Séméiologie des arriérations affectives                         | 318 |
| Mme SVALBERG. — La circoncision                                                 | 318 |

## Neurologie.

|                                                                                                                       |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| A.-S. FREEDBERG et H. SLOAN. — Rapports des réflexes du sinus carotidiens avec la syncope et les convulsions          | 319 |
| P. TALTAVULL. — Céphalées                                                                                             | 319 |
| A. JACQUELIN, Fr. JOLY et R. SOULIGNAC. — Les asthmatiques intolérants à l'adrénaline. Les asthmes sympathicotoniques | 349 |
| H. ROGER et J. ALLIEZ. — Les petites tumeurs sous-cutanées bénignes à type d'hyperalgie hyperdiffusante               | 350 |

|                                                                               |     |
|-------------------------------------------------------------------------------|-----|
| A. PECA. — Neurofibromatose centrale et méningiomes multiples                 | 350 |
| G. FATTOVICH et P. LENTL. — Les métastases cérébrales des tumeurs pulmonaires | 350 |

## Anatomie.

|                                                                                                                                        |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| S. KÖRNYEY et H. SAETHIRE. — La localisation hypothalamique des lésions histologiques dans la psychose de Korsakow                     | 350 |
| G.-B. HASSIN. — Modifications du cerveau par l'électrocution accidentelle                                                              | 351 |
| O. BILLIG. — Apparition familiale de nanisme et d'épilepsie, en rapport avec des lésions diencéphaliques                               | 351 |
| V. DIMITRI. — Artériosclérose du système nerveux. Étude clinique des syndromes médullaires. Annotations histopathologiques             | 351 |
| C. DAVISON et H. KELMAN. — Affections systémiques associées au tabès dorsalis                                                          | 352 |
| V.-M. BUSCAÏNO. — Recherches sur l'histopathologie et la biochimie du système nerveux des déments précoces, faites entre 1932 et 1937. | 352 |

(Suite du sommaire, page XIV).

# LE CASTEL D'ANDORTE

- 342, Route du Médoc -

- LE BOUSCAT, près Bordeaux -

- Téléphone : BORDEAUX 836-30 -

## MALADIES MENTALES ET NERVEUSES

- Médecin-Directeur :  
Docteur Pierre CHARON -

# SAINT-RÉMY

CHALON-SUR-SAONE (S.-&-L.)

Téléphone 316



## MAISON DE CURE ET CONVALESCENCE



Etats neurasthéniques -- Affections du système  
nerveux - Psycho-névroses - Désintoxications  
-- -- Psychothérapie -- Hydrothérapie -- --  
-- 40 chambres -- 15 salles de bains --

NI ALIÉNÉS - NI CONTAGIEUX



Direction administrative : MARC RIFAUX

Direction médicale : Docteur RENÉ VERCIER

ex-interne des Hôpitaux psychiatriques, Chef de clinique  
neuro-psychiatrique à la Faculté de Médecine de Paris

## VARIÉTÉS

|                                                            |     |                                                                                                                |     |
|------------------------------------------------------------|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Société Médico-Psychologique :                             |     | Concours pour 15 postes de médecins des hôpitaux psychiatriques .....                                          | 353 |
| Séances .....                                              | 353 | Association Amicale des Médecins des établissements publics d'aliénés de France ....                           | 355 |
| Nécrologie .....                                           | 353 | Société médicale des Hôpitaux psychiatriques de la Seine .....                                                 | 355 |
| Distinctions honorifiques .....                            | 353 | Médecins des établissements privés faisant fonction d'hôpital psychiatrique public et clientèle médicale ..... | 355 |
| Hôpitaux psychiatriques :                                  |     |                                                                                                                |     |
| Honorariat .....                                           | 354 |                                                                                                                |     |
| Nominations .....                                          | 354 |                                                                                                                |     |
| Postes vacants .....                                       | 354 |                                                                                                                |     |
| Recrutement des médecins des hôpitaux psychiatriques ..... | 355 |                                                                                                                |     |

## INFORMATIONS

|                                                                                                                   |       |                                                                                                                                                                       |      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| VI <sup>e</sup> Réunion du Comité européen d'hygiène mentale à Lugano (Tessin, Suisse), du 4 au 6 juin 1939 ..... | XVIII | XLIII <sup>e</sup> Session du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des Pays de langue française (Montpellier, 21 au 26 septembre 1939) ..... | XXVI |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|

# " LES BERGES DU LÉMAN "

## Traitement des affections nerveuses

Cures de repos et de convalescence

## Traitement spécial des psychonévroses

Situation exceptionnelle -- Vue étendue -- Grand parc -- Tout confort

Médecin-Directeur : Docteur M. GUILLEREY (Cabinet de consultations à Lausanne : Grand-Chêne, 2, lundi et jeudi sur rendez-vous. Téléphone 32.434). — Médecin-Adjoint : Docteur R. DUBY, un Médecin-Assistant. Téléphone : Vevey 52.008 ; Adresse télégraphique : Berges Vevey.

*Renseignements et prospectus auprès de la direction médicale*

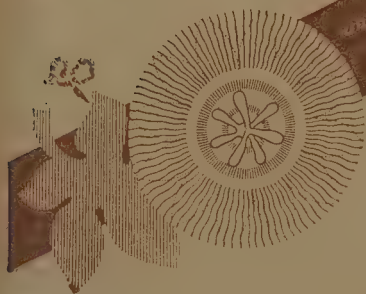


# TRAITEMENT PHYTOTHÉRAPIQUE DES SYNDROMES SYMPATHIQUES et PARASYMPATHIQUES

ANGOISSE - ANXIÉTÉ - INSOMNIE NERVEUSE  
TROUBLES FONCTIONNELS DU CŒUR  
TROUBLES DE LA VIE GÉNITALE, etc...

## La Passiflorine RÉAUBOURG

Amalgamée d'Extraits végétaux  
ATOXIQUES



Passiflora  
incarnata  
Salix alba  
Crataegus  
oxyacantha

UN HYPNOTIQUE DOUX

DE TOLÉRANCE  
PARFAITE

DESTINÉ AUX

INSOMNIQUES  
ET AUX ANXIEUX

# Sonéryl

*butyl-éthyl-malonylurée*

INSOMNIE  
causée par la douleur  
INSOMNIE  
des vieillards

COMPRIMÉS  $\text{A } 0^{\text{GR}} 10$  • TUBES DE 20 COMPRIMÉS

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE  
**SPECIA**

MARQUES: POULENC FRÈRES & USINES DU RHÔNE  
21, rue Jean Goujon • PARIS 8<sup>ème</sup>



## CLINIQUE MÉDICALE DE FONTENAY-S.-BOIS

(Seine)

6, Avenue des Marronniers — Tél. : Tremblay 12-87

Médecin-Directeur :

Docteur G. COLLET, Ancien interne des Asiles de la Seine

### TRAITEMENT DES MALADIES NERVEUSES

ISOLEMENT — PSYCHOTHÉRAPIE — RÉGIMES — HYDROTHÉRAPIE  
ÉLECTROTHÉRAPIE

ÉTABLISSEMENT SITUÉ EN BORDURE DU BOIS DE VINCENNES — PARC  
PAVILLONS SPÉCIAUX POUR DAMES ET JEUNES FILLES

MAISON de REPOS pour PERSONNES AGÉES et pour CONVALESCENTS  
MOYENS DE COMMUNICATIONS FACILES AVEC PARIS

*Chemin de fer de Vincennes, Place de la Bastille, à Paris*  
*Autobus n° 122 au Château de Vincennes (Station du Métro).*

## ÉTABLISSEMENT HYDROTHÉRAPIQUE

ET

## MAISON DE CONVALESCENCE

Docteur J.-B. BUVAT et Docteur G. VILLEY-DESMESERETS

*Anciens Internes des Asiles de la Seine*

*Médecins-Directeurs*

### VILLA MONTSOURIS

130, rue de la Glacière

PARIS

Téléphone : Gobel. 05-40

MARDI, VENDREDI

2 à 5

### CHATEAU de l'ABBAYE

VIRY-CHATILLON

(S.-et-O.)

Téléphone : Juvisy 76

PARC : Huit Hectares

TRAITEMENT DES MALADIES  
NERVEUSES ET DES TOXICOMANIES

— PRIX MODÉRÉS —

## INFORMATIONS

### VI<sup>e</sup> REUNION DU COMITE EUROPEEN D'HYGIENE MENTALE A LUGANO (Tessin, Suisse), du 4 au 6 juin 1939

Président : D<sup>r</sup> A. REPOND (de Malevoz-Monthey)

*La VI<sup>e</sup> Réunion du Comité Européen d'Hygiène Mentale fera suite à l'Assemblée des Sociétés Suisses de Psychiatrie et Neurologie (3 et 4 juin). Les participants à cette réunion sont cordialement invités à prendre part aux travaux des Sociétés Suisses de Neurologie et Psychiatrie qui ont choisi pour thème de travail :*

*« Intoxications industrielles et système nerveux ».*

Le Comité National Suisse d'Hygiène Mentale a décidé de consacrer tous les travaux de cette réunion à un thème unique très important au point de vue de la biologie, de la psychologie et de l'hygiène mentale :

*« Compréhension Mutuelle et Hygiène mentale ».*

(A suivre, page d'annonces XX).



## CHATEAU DE PREVILLE

Tél. 52 ORTHEZ (Basses-Pyrénées)



●  
**D<sup>r</sup> Marcel DHERS**

◆  
Climat toni-sédatif

MAISON  
de Traitements  
de Repos ~~~~~  
de Régimes ~~~~~

~~~~~  
Affections nerveuses  
Intoxications  
Convalescences  
●



Installation luxueuse et plaisante sur les bords du Gave au milieu  
-- d'un parc de douze hectares à proximité de Pau et Biarritz --  
Rayons X — Electrothérapie — Hydrothérapie — Psychothérapie

# LABORATOIRES AMIDO

A. BEAUGONIN, Pharmacien

4, Place des Vosges, 4 — PARIS, 4<sup>e</sup> Arr<sup>t</sup>

## AMIDAL

Poudre — Comprimés — Cachets — Dragées

Deux à quatre cuillerées à café,  
ou quatre à huit comprimés, dragées  
ou cachets par jour

Entérites aiguës et chroniques.  
Entéro colites. Dysenterie.  
Toutes les Diarrhées.  
La constipation spasmodique.

## VITAMYL IRRADIÉ

Extrait concentré de vitamines A. B. et C.

Ergostérol irradié  
Une cuillerée à café  
avant chacun des trois repas.

Carences et Pré-carences.  
Rachitisme.  
Déminéralisation.  
Troubles de la Croissance

## GÉNÉSÉRINE

OLONOVSKI et NITZBERG

Deux à trois granules ou dragées ou 20 à 30  
gouttes à chacun des trois repas ou une ampoule  
injectable chaque jour pendant 10 jours.

Hypo-acidité gastrique.  
Syndrome solaire.  
Dyspepsie atonique.  
Palpitations et Tachycardie  
des cœurs nerveux.

## GÉNATROPINE

OLONOVSKI et NITZBERG

2 granules, ou 20 gouttes, 2 à 3 fois par jour,  
entre les repas de préférence.  
1 ampoule injectable par jour.

Hyperchlorydrie.  
Spasmes digestifs — Vomissements.  
Coliques — Diarrhées.

## GÉNOSCOPOLAMINE

OLONOVSKI et NITZBERG

4 à 8 granules, ou 40 à 80 gouttes par jour,  
en 2 ou 3 prises, 1 ampoule par jour.

Maladie de Parkinson.  
Syndromes post-encéphalitiques.  
Anesthésie chirurgicale ou obstétricale.

## GÉNHYOSCYAMINE

OLONOVSKI et NITZBERG

2 granules, ou 20 gouttes, 2 à 3 fois par jour  
entre les repas de préférence.  
1 ampoule par jour.

Spasmes digestifs.  
Tremblements.  
Syndromes parkinsoniens.  
Sueurs des tuberculeux.

## GÉNOSTRYCHNINE

OLONOVSKI et NITZBERG

ou

Ampoules — Goutte — Granules

## GÉNOSTHÉNIQUES

Cacodylate de Génomorphine et de Gènesérine.

2 granules, ou 20 gouttes à chacun des trois repas.  
1 ampoule injectable chaque jour.

Asthénie.  
Neurasthénie — Surmenage.  
Anémie — Convalescence.  
Paralysies atoniques.

## GENOMORPHINE

OLONOVSKI et NITZBERG

En comprimés dosés à 2 Ctrgs (2 à 3 fois  
par jour) ou en ampoules injectables  
dosées à 4 Ctrgs.

La Douleur.  
L'Anxiété — l'Agitation.  
Les Dyspnées spasmodiques.  
La Démorphinisation.

ÉCHANTILLONS MÉDICAUX SUR DEMANDE



VI<sup>e</sup> REUNION DU COMITE EUROPEEN  
D'HYGIENE MENTALE A LUGANO  
(Tessin, Suisse), du 4 au 6 juin 1939  
(Suite)

Programme des travaux

DIMANCHE 4 JUIN

- 17 h. : Ouverture du Congrès. *Séance administrative* : 1) Projet de statuts pour le Comité Européen d'Hygiène Mentale ; 2) Fixation de la prochaine réunion ; 3) Election du Comité permanent ; 4) Divers.  
19 h. : *Dîner* offert par le Comité National Suisse d'Hygiène Mentale.

LUNDI 5 JUIN

*Matin*

- 9 h. : « *Comprendre et compréhension mutuelle* ».  
Rapporteur : D<sup>r</sup> G. BALLY (de Zurich) (en allemand).  
9 h. 30 : « *L'Hygiène mentale au service de la compréhension mutuelle* ».  
Rapporteur : D<sup>r</sup> A. RÉPOND (de Monthey) (en français).  
10 h. : « *Conception du monde et compréhension mutuelle* ».  
Rapporteur : N...  
11 h. : « *Définition et nature générale de la compréhension mutuelle* ».  
Rapporteur : D<sup>r</sup> MINKOWSKI (de Paris) (en français).  
11 h. 45 : *Discussion*. (On est prié de s'inscrire à l'avance. Il est prévu 10 minutes pour chaque discutant).

(A suivre, page d'annonces XXII).

# NÉVROSTHÉNINE FREYSSINGE

LE

## RECONSTITUANT NERVIN RATIONNEL

dont est justiciable

Tout DÉPRIMÉ  
SURMENÉ

Tout CÉRÉBRAL  
INTELLECTUEL

Tout CONVALESCENT  
NEURASTHÉNIQUE



XV à XX gouttes  
à chaque repas

XX gouttes = 0,40 de  
glycérophosphates  
cérébraux (Na.K.Mg.)

6, rue Abel - PARIS (12<sup>e</sup>)

ni chaux, ni sucre, ni alcool  
aucune contre-indication

# KANEURON

Solution Stable

le plus maniable ———

—— le plus assimilable —

—— le plus actif

des sédatifs phylo-barbituriques  
de par sa forme soluble.

10 GOUTTES 0,01 de  
Phényléthylmalonylurée sodique  
Crataegus Passiflore  
Paullinia  
Correctif anti déprimeur

Stabilisateur type des  
troubles Vago-sympathiques  
Angoisses  
Sédatif de l'Hyper-excitation.

## SIDÉRANYL

Spasmolytique  
magnésien

Borotartrate de magnésia

Epilepsie et équivalents  
épileptiques (Vertiges)  
Instabilité psycho-motrice

## SERVO-FREINYL

Borotartrate Mg et Ca  
Carbonate de calcium  
Phényléthylmalonylurée  
Parathyroïdine, Ergostérine

Troubles du Caractère  
Tics  
Terrain Tétanique

## SPASMOCALCYL

Borotartrate }  
Bromure } de Ca  
Iodure }  
peptones de lev. de Bière

Terrain spasmodophile  
États Convulsifs des  
Enfants

Echantillons et Littérature sur demande aux

LABORATOIRES LABIOLA 52 rue de Cambrai  
LILLE NORD

VI REUNION DU COMITE EUROPEEN  
D'HYGIENE MENTALE A LUGANO  
(Tessin, Suisse), du 4 au 6 juin 1939

(Suite)

• Après-midi

- 15 h. : « *Fondements biologiques de la compréhension mutuelle* ».  
Rapporteur : D<sup>r</sup> J. VIÉ (de Paris).  
16 h. : « *Civilisation primitive et compréhension mutuelle* ».  
Rapporteur : N...  
17 h. : « *Obstacles à la compréhension mutuelle* ».  
Rapporteur : Prof. E. CLAPARÈDE (de Genève) (en français).  
18 h. : *Discussion*.  
*Excursion sur le lac de Lugano.*  
*Dîner à Morcote, offert par le Comité National Suisse d'Hygiène Mentale.*

MARDI 6 JUIN

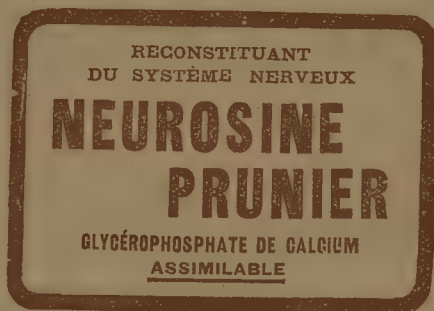
*Matin*

- 9 h. : « *L'éducation à la compréhension mutuelle* ».  
Rapporteur : D<sup>r</sup> H. MENG (de Bâle) (en allemand).  
9 h. 45 : « *Vie économique et compréhension mutuelle* ».  
Rapporteur : N...  
10 h. 30 : « *Religion et compréhension mutuelle* ».  
Rapporteur : N...  
(A suivre, page d'annonces XXIII).

MÉDICATION ALCALINE PRATIQUE

**COMPRIMÉS VICHY-ÉTAT**

3 à 4 comprimés par verre d'eau  
12 à 15 comprimés par litre.



## VI REUNION DU COMITE EUROPEEN D'HYGIENE MENTALE A LUGANO

(Tessin, Suisse), du 4 au 6 juin 1939

(Suite)

11 h. : « *Compréhension mutuelle et vie familiale* ».

Rapporteur : Dr W. MORGENTHAUER (de Berne) (en allemand).

11 h. 30 : « *Compréhension mutuelle entre groupes humains et entre peuples* ».

Rapporteur : N...

12 h. : *Discussion.*

*Après-midi*

14 h. : *Discussion sur les tâches immédiates de l'hygiène mentale en Europe.*

*Introduction par le Prof. H. W. MAIER (de Zurich).*

16 h. 30 : Fin du Congrès.

### Délégations

Les différentes *Sociétés* et les différents *Comités d'hygiène mentale* sont priés de faire part au président soussigné s'ils ont l'intention de désigner des délégués officiels pour présenter des rapports ou prendre part à la discussion.

### Publication des rapports et des comptes rendus

Un *résumé des rapports* paraîtra dans le numéro de mai de la *Revue Suisse d'Hygiène Mentale*. Les rapports *in extenso* seront publiés ensuite par la même Revue.

(A suivre, page d'annonces XXIV).



## VILLA LUNIER

à BLOIS (Loir-et-Cher)

consacrée au traitement des maladies mentales

Fondé en 1860 par l'éminent Dr LUNIER cet établissement sis sur un plateau salubre à la périphérie de la ville à 1.500 mètres de la gare, se trouve au milieu d'un parc magnifique de 11 hectares ; il comporte toutes les commodités modernes et les divers moyens de traitement ; un laboratoire bien outillé permet tous les examens biologiques nécessaires.

La direction et le service médical sont assurés par deux médecins en chef des Hôpitaux psychiatriques assistés d'internes, de religieuses, d'infirmiers et d'infirmières laïques.

Le prix de pension varie de 970 fr. par mois à 1.370 fr. selon les classes.

Le prix des pavillons particuliers oscille entre 2.500 f. et 4.800 fr.

TÉLÉPHONE : 2-82

**POUR PLUS AMPLES RENSEIGNEMENTS,  
DEMANDER LE PROSPECTUS DÉTAILLÉ.**



**VI<sup>e</sup> REUNION DU COMITE EUROPEEN  
D'HYGIENE MENTALE A LUGANO**

**(Tessin, Suisse), du 4 au 6 juin 1939**

*(Suite)*

**Facilités de voyage**

A l'occasion de l'*Exposition nationale suisse* les chemins de fer fédéraux accordent une *réduction de 50 0/0* environ à condition que le voyageur visite la dite exposition. Comme Zurich se trouve sur le chemin de Lugano, cette visite ne constituera donc pas un détour.

**Inscription à la Réunion**

La cotisation au Congrès a été fixée à 5 francs suisses par personne.

**Séjour à Lugano**

Les séances auront lieu au Park Hôtel à Lugano.

Il est recommandé aux participants de bien vouloir loger également dans cet hôtel ce qui facilitera la prise de contact et la compréhension mutuelle entre congressistes.

Un prix forfaitaire de pension a été convenu, soit :

du 4 au 6 juin : 29 fr. sans salle de bain et 38 fr. avec bain,

du 3 au 6 juin : 44 fr. sans salle de bain et 57 fr. avec bain.

*Le Président :*

D<sup>r</sup> A. RÉPOND (Monthey).

(A suivre, page d'annonces XXVI).

# **SANATORIUM BELLEVUE**

du Docteur BINSWANGER



**à KREUZLINGEN (Suisse)**

(fondé en 1857)

**Spécialement organisé pour le traitement des  
MALADIES NERVEUSES, MENTALES et des INTOXICATIONS**

**CURES D'INSULINE**

9 villas différentes permettant la séparation complète  
des diverses formes de maladies

6 villas séparées pour névroses, états d'épuisement et de convalescence

3 villas séparées pour maladies mentales

4 médecins

Installation hydrothérapeutique très moderne  
gymnastique, massage, jardinage, tissage, etc...

Grande ferme modèle

**RENSEIGNEMENTS ET PROSPECTUS PAR L'ADMINISTRATION**



# MAISON DE SANTÉ

161, rue de Charonne -- PARIS-XI<sup>e</sup>

Téléphone : ROQUETTE 05-05

Traitement des maladies mentales et nerveuses des deux sexes

Grand parc de 2 hectares en plein Paris

Pavillons et jardins séparés

Directeur : le D<sup>r</sup> CL. VURPAS

*Médecin de La Salpêtrière*

Les familles sont reçues tous les jours de 2 heures à 5 heures

## VILLA PENTHIÈVRE

*Maison de Santé et de Convalescence*

SCEAUX (Seine)

TÉLÉPH. 12

PSYCHOSES --- NÉVROSES



Médecin-Directeur : D<sup>r</sup> BONHOMME, Ancien Interne des Asiles de la Seine  
Médecin assistant : D<sup>r</sup> CODET, Ancien Chef de Clinique de la Faculté

**XLIII<sup>e</sup> SESSION DU CONGRES**  
**des Médecins Aliénistes et Neurologistes**  
**de France et des Pays de Langue française**

---

*La XLIII<sup>e</sup> Session du Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des Pays de Langue française se tiendra à Montpellier du 21 au 26 septembre 1939.*

*Président : M. le Professeur H. ROGER, de la Faculté de Médecine de Marseille.*

*Vice-Président : M. le Professeur A. POROT, de la Faculté de Médecine d'Alger.*

*Secrétaire général : M. le Professeur P. COMBEMALE, Médecin-chef à l'Hôpital Psychiatrique de Bailleul.*

*Secrétaire annuel : M. le Docteur HUGUES, Médecin-chef du quartier d'Hospice de Font-d'Aurelle, près Montpellier.*

*Trésorier : M. le Docteur VIGNAUD, de Paris.*

Les questions suivantes ont été choisies par l'Assemblée générale du Congrès pour figurer à l'ordre du jour de la XLIII<sup>e</sup> Session.

*PSYCHIATRIE : Les anorexies mentales, par M. le Docteur Alb. CRÉMIEUX, chef de clinique des maladies nerveuses à la Faculté de Médecine de Marseille.*

*(A suivre, page d'annonces XXVIII).*

**Établissement Médical de MEYZIEU (Isère)**  
**Près LYON**

*Fondé en 1881 par le Docteur Ant. COURJON*

---

**Direction médicale**

**Dr Rémi COURJON**, Médecin des Asiles, Ancien Chef de Clinique Neuro-Psychiatrique à la Faculté de Lyon, Expert près la Cour d'Appel de Lyon.

**Dr Jean THÉVENON**, Ex-interne des Hôpitaux de Lyon, Ancien Chef de Clinique Neuro-Psychiatrique à la Faculté de Lyon.

Un médecin-adjoint

---

**MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX**

**NÉVROSES, PSYCHOSES, INTOXICATIONS**  
**CURE DE RÉGIME, SEVRAGE, ISOLEMENT**

---

*Pour tous renseignements : s'adresser au Directeur à Meyzieu, tél. n° 5, ou à Lyon, Cabinet du Dr Rémi Courjon, 4, rue Président Carnot, les mardi et jeudi de 15 à 17 h. Tél. Franklin 07-28.*

# LE COTEAU

SAINT-MARTIN-LE-VINOUX

Près GRENOBLE (Dauphiné)

-- Maison de traitements --  
de repos et de convalescence  
-- pour maladies nerveuses --  
-- .. en cure libre .. --

Ouverte toute l'année -- Confort moderne  
Vue admirable -- Renseignements à la gérante  
Téléphone 11-38-Grenoble

**MÉDECIN TRAITANT : Docteur MARTIN-SISTERON**  
**Médecin des Hôpitaux de Grenoble**

## MAISON DE SANTÉ D'ÉPINAY-SUR-SEINE

(Fondée par le Dr Tarrius)

**6, Avenue de la République, EPINAY-sur-SEINE**

Téléphone : 68 St-Denis



Maladies mentales et nerveuses des deux sexes  
Désintoxications - Cures de repos - Hydrothérapie - Electrothérapie  
Rayons ultra-violet

### PAVILLONS SÉPARÉS ET VILLAS PARTICULIÈRES

très confortables au milieu d'un parc de 15 hectares

**CHAUFFAGE CENTRAL -- ELECTRICITÉ -- CHAPELLE**

*L'établissement est largement ouvert à tous les Médecins  
qui peuvent continuer d'y traiter leurs malades*

Moyens de communication : Tramway n° 54, Place de la Trinité-Enghien (s'arrête devant l'Etablissement). — Chemin de fer gare du Nord, trajet en 10 minutes. — Automobiles, route d'Enghien, 7 kilomètres de Paris.

**XLIII<sup>e</sup> SESSION DU CONGRES**  
**des Médecins Aliénistes et Neurologistes**  
**de France et des Pays de Langue française.**

(Suite)

**NEUROLOGIE :** *Les problèmes neurologiques et psychiatriques immédiats et tardifs des traumatismes crâniens*, par M. le Docteur Paul SCHMITE (in memoriam) et M. le Docteur Jean SIGWALD, ancien chef de clinique neurologique à l'Hospice de la Salpêtrière, Paris.

**MÉDECINE LÉGALE PSYCHIATRIQUE :** *Des conditions de sortie des aliénés délinquants ou criminels internés*, par le Docteur Pierre LÉCULIER, Médecin-chef des Hôpitaux psychiatriques.

**N. B.** — Les inscriptions sont reçues par le Docteur VIGNAUD, trésorier, 4, avenue d'Orléans, Paris, 14<sup>e</sup>, c.-c. postal, Paris, 456.30. Le prix de la cotisation à la session est de 100 fr. (*membres adhérents*). Les membres inscrits avant le 10 août 1939 recevront les rapports dès leur publication.

Pour tous renseignements, s'adresser au Professeur P. COMBEMALE, route d'Ypres, à Bailleul (Nord).

# NEUROBORE PUR

Solution inaltérable de tartrate borico-potassique pur  
1 gr. par cuillerée à café

**SPÉCIFIQUE DES AFFECTIONS NERVEUSES**

*Pas d'Acné — Pas de troubles gastro-intestinaux — Pas de dépression cardiaque*

# NEUROBORE -G- ASSOCIÉ

Tartrate borico-potassique + Phénylethyl-malonylurée + Correctif  
en cachets solubles

**MÉDICATION D'ATTAQUE**

*des Affections nerveuses graves, des Insomnies rebelles*

# CANTÉINE

**BOUTEILLE**

(Cratægus -- Passiflore -- Hamamélis -- Salix alba)  
Erethisme cardiaque - Neurasthénie - Mélancolie - Déprimés  
-- Troubles circulatoires et troubles nerveux consécutifs --

Echantillon gratuit sur demande

**Laboratoire E. BOUTEILLE, 23, rue des Moines, PARIS (17<sup>e</sup>)**

# SOMMAIRE DU N° 3 (tome I), MARS 1939

## MÉMOIRES ORIGINAUX

P. COSSA. — Sur quatre cas de psychose hallucinatoire. Essai d'interprétation...	357
E. ESCAT et M. ESCAT. — Un cas d'hallucinose auditivo-visio-cénesthésique en relation possible avec une otopathie ancienne.....	381
R. PAULY et H. HECAEN. — Manie et inspiration musicale. Le cas Hugo Wolf.....	389
M. FEUILLADE. — Résultats du traitement de 50 cas de paralysie générale par la malaria et le stovarsol sodique.....	406

## SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

*Séance du 9 mars 1939*

X. ABÉLY, BOUVET et CARRÈRE. — Pseudo- amnésies rétrogrades totales.....	411
H. BARUK et M. RACINE. — Bloc septo-ven- triculaire gauche dans un cas d'hallucina- tions psychiques avec troubles de la con- tention de la pensée intérieure.....	418

H. BARUK et M. RACINE. — L'électrocardio- graphie dans les maladies mentales.	424
--	-----

*Séance du 27 mars 1939*

Adoption du procès-verbal.....	437
Correspondance.....	437

(Suite du sommaire, page II).

## CHATEAU

DIRECTEUR : D<sup>r</sup> Gaston MAILLARD  
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris  
Médecin de Bicêtre et de la Salpêtrière  
Médecin-adjoint : D<sup>r</sup> Charles GRIMBERT

— MAISON DE SANTÉ MODERNE —  
POUR DAMES ET JEUNES FILLES

DE

L'HAY-LES  
-ROSES



INSTALLATION

DE

PREMIER ORDRE

Notice sur demande

2, rue Dispan

L'HAY-

LES-ROSES

(SEINE)

TÉLÉPHONE : 5

AFFECTIONS DU SYSTÈME NERVEUX

- CURES DE DÉSINTOXICATION -

- DE REPOS ET DE RÉGIMES -



Election de trois membres correspondants nationaux .....	438
Date de la première séance d'avril ...	438
Ordre du jour de la séance du 26 juin 1939 .....	438
M. BRISSET, MISSET et J. MAILLEFER. — Maladie exostotante héréditaire et familiale chez un jeune arriéré .....	439
H. BARUK, LABONNÉLIE et Mlle LEURET. — Les	

psychoses hyperfolliculiniques en clinique humaine et dans l'expérimentation animale .....	446
R. DEPOUY, J.-P. BUVAT et H. SAUGUET. — Un couple d'héroïnomanes ; innocuité des doses massives d'héroïne par voie intraveineuse .....	459
P. GUIRAUD et R. STORA. — Action sédatrice de la testostérone dans les états d'excitation chez la femme .....	461

## SOCIÉTÉS

### Société de Neurologie de Paris

Séance du jeudi 2 mars 1939

L. BABONNEIX et J. LHERMITTE. — Lésions histologiques de la chorée aiguë .....	472
BARRÉ et KAPAKER. — Névrite motrice pure post-traumatique à évolution ascendante avec fibrillations disséminées .....	472
NAYRAC. — Préparations d'un cas de poliomyélite. Autopsie au troisième mois .....	473
MASQUIN. — Traitement du zona par la vitamine B <sub>1</sub> .....	473
DAVID. — Astrocytome du vermis avec crises postérieures et signes cérébelleux .....	473
DESMARETS et LHERMITTE. — Etude anatomoclinique d'un cas de réanimation par massage du cœur .....	473

### Groupement Français d'Etudes de Neuro-Psychopathologie Infantile

Séance du lundi 20 mars 1939

BRISSET et BUTZBACH. — Accidents pithiatiques pris pour des manifestations comitiales chez un jeune déséquilibré .....	474
Mme LECONTE et M. MAILLEFER. — Un cas d'aérodynie avec troubles mentaux .....	475

### Société de Médecine mentale de Belgique

Séance du 25 février 1939

P. DIVRY. — Maladie d'Alzheimer ayant évolué comme une maladie de Pick .....	476
R. DELLAERT. — Corps jaune et épilepsie .....	476

(Suite du sommaire page IV).

# MAISON DE SANTÉ

— D'IVRY-SUR-SEINE —

23, Rue de la Mairie à IVRY

Téléphone : Gob. 01.67

## MALADIES MENTALES & NERVEUSES

NOMBREUX PAVILLONS  
DANS UN PARC DE 12 HECTARES

Médecin-Directeur : Docteur A. DELMAS

Ancien chef de clinique à la Faculté de Médecine de Paris

Médecin-adjoint : Docteur P. DELMAS

# CHATEAU DE SURESNES

Téléphone : SURESNES 2.88

Maison  
de Santé  
de Repos  
de Régimes



FONDÉE PAR  
**M. le Dr MAGNAN**  
Membre de  
l'Académie de Médecine



Le Château

La Maison de Santé du Château de Suresnes est située à la Porte de Paris (sortie du Bois de Boulogne), dans un grand parc.

Remise à neuf et embellie depuis la guerre, la maison reçoit, dans des parties distinctes (château et pavillons dispersés dans la verdure du parc), des convalescents, neurasthéniques, nerveux, intoxiqués ou psychopathes.

Château et pavillons réunissent toutes les conditions les meilleures d'hygiène et de bien-être (chauffage central, eau chaude, électricité, eau de source), etc.

Les personnes qui y séjournent peuvent y disposer à leur gré d'une chambre meublée avec luxe, d'un cabinet de toilette, d'un salon, d'une salle de bains, etc.

Les Médecins de la Maison de Santé et leurs familles prennent leurs repas avec les pensionnaires qui désirent fréquenter la salle à manger.

La Maison est largement ouverte à Messieurs les Médecins, qui peuvent ainsi continuer à suivre leurs malades.

## HYDROTHERAPIE - ÉLECTROTHERAPIE

MÉDECINS DIRECTEURS :

**Dr FILLASSIER O.** \*  **Dr DURAND-SALADIN**

NOTICE SUR DEMANDE

Communications : Tramway du Val d'Or à la Porte Maillot

## Société belge de Neurologie

Séance du 25 février 1939

- L. LARUELLE et L. MASSION. — Les phénomènes de préhension forcée et d'agrippement.... 477  
L. LARUELLE, L. MASSION et J. MOLDAVER. — Polynévríte sensitivomotrice avec ataxie cérébelleuse et hyperalbuminose sans lymphocytose du liqui-

- de céphalo-rachidien ..... 477  
Mme RADERMECKER. — Sur un cas de polynévríte à l'ulirone ..... 477  
M.-A. GERBETZOFF. — Contribution anatomo-expérimentale à l'étude des commissures supra-optiques ..... 478  
M. MAERE. — Psychose de Korsakow avec polynévríte au cours d'une septicémie post-puerpérale ..... 478

## ANALYSES

### LIVRES, THÈSES, BROCHURES

#### Psychologie.

- H. PIÉRON. — L'Année psychologique. 38<sup>e</sup> année (1937) ..... 479  
C. KONCZEWSKI. — La pensée préconsciente. Essai d'une psychologie dynamiste ..... 481  
T. VERNER-MOORE. — La conscience et le système nerveux ..... 482  
B. STORVIS. — La signification de la psychologie expérimentale en médecine ..... 482  
M. LATOUR. — Premiers principes d'une théorie générale des émotions. Observations complémentaires ..... 484

#### Psychiatrie.

- A. EDELSTEIN. — Les états terminaux de la schizophrénie ..... 484  
E. GOLDRICHL. — Etats d'insuffisance psychique

sur fond d'oligophrénie légère. Etude analytique de psychologie individuelle ..... 486

#### Neurologie.

- J. LAFON. — Les polio-encéphalites subaiguës primitives ..... 487  
J. VALLAT. — Les accidents cérébraux pseudotumoraux de l'hypertension artérielle ..... 488  
P. MONAQUE. — Les compressions radiculomédullaires basses par hernie postérieure des disques intervertébraux ..... 489

#### Hygiène et prophylaxie.

- G. VERMEYLEN. — L'hygiène mentale des étudiants ..... 489

#### Assistance.

- G. VERMEYLEN. — Le reclassement des malades mentaux ..... 489

(Suite du sommaire, page VI).

# CHATEAU DES COUDRAIES

Ancienne Institution d'Eaubonne (fondée en 1847)

Magnifique Parc de 5 hectares, adossé à la forêt de Sénart. Très belle vue sur la vallée de la Seine. Très grand confort. Eau courante, chaude et froide, dans toutes les chambres, électricité, chauffage central, installation hydrothérapique complète, Rayons U. V. Jardinage. Horticulture. Potagers de 20.000 m<sup>2</sup>. Tennis.



PRIX DE PENSION A PARTIR DE 900 FR. PAR MOIS

## ÉTIOLLES (S.-&-O.)

### ENFANTS ET JEUNES GENS ARRIÉRÉS

Education et Traitement  
des déficients intellectuels  
à tous les degrés

#### DIRECTEURS

D<sup>rs</sup> M. et J. de CHABERT  
de 2 à 5 heures  
sauf jeudis et dimanches  
25 km. de PARIS  
gare Evry-Petit-Bourg (P.-L.-M.)  
Arrêt des autocars Citroën  
27 - 28 - 29 : Dép. de Paris,  
pl. Denfert-Rochereau  
Tél. Corbeil 26

# VILLA DES PAGES

LE VÉSINET (S.-et-O.)

40, Avenue Horace Vernet

TRAITEMENT DES AFFECTIONS NERVEUSES  
ET DES MALADIES DE LA NUTRITION

REPOS, CONVALESCENCES, RÉGIMES

*Cures de désintoxication*

Psychothérapie, Rééducation, Physiothérapie



*12 chalets pourvus du confort moderne  
disséminés dans un parc de 5 hectares.  
Chambres ou appartements à plusieurs pièces*

La clinique est entièrement ouverte aux Médecins  
qui peuvent ainsi conserver la direction de leurs malades

Médecins directeurs : Docteurs LEULIER, MIGNON, CASALIS

Médecin assistant : Docteur LECLERCQ

Téléphone : LE VESINET 12



## Thérapeutique.

- R. CHOPLIN. — Le traitement des psychoses par le choc insulinaire simple ou associé à la convulsivothérapie ..... 490
- Formulaire médical. Spécialités pharmaceutiques classées par indications (Henri Perrier, éd.) 491

## JOURNAUX ET REVUES

### Neuro-psychiatrie.

- J.-A. CHAVANY et A. PLACA. — L'épilepsie dans les tumeurs cérébrales ..... 491
- J.-L. FETTERMAN et V.-R. HALL. — Mode d'apparition de l'épilepsie ..... 492
- A. GUIRDHAM. — Réactions épileptiques. Essai de classification ..... 492
- D. CASAVOLA. — Un cas de régression mentale infanto-juvénile ..... 493
- A. SALMON. — Le rôle des noyaux diencephaliques dans le mécanisme des émotions ..... 493
- D.-V. AFANASIEV. — Les neuroanémies tropicales ..... 493
- E.-N. SERAFIMOV. — Les réactions du type exogène au cours de l'infection brucellienne ..... 493
- D.-V. AFANASIEV. — Troubles neuro-psychiques au cours de la sprue ..... 494
- J. COMBY. — Les encéphalites aiguës post-infectieuses de l'enfance ..... 494
- N. MALUMUD. — Encéphalomyélite compliquant la rougeole ..... 495

- G.-A. SCHWARZ. — Poliencéphalomyélite due au botulisme ..... 495
- A.-T. STEEGMANN. — Poliomyélite chronique. Poliomyéopathie ..... 495
- I.-B. ANSALDI. — Paralysie générale et hémorragies méningées. Hématome intra-arachnoïdien. 495

### Anatomie.

- G. WOHLFART. — Sur l'existence de variétés différentes de fibres musculaires dans la musculature du squelette de l'homme et de quelques mammifères ..... 496
- R.-W. WAGGONER et K. LÖWENBERG. — Etude anatomopathologique des astrocytomes ..... 496
- H. ZEITLIN et BEN W. LICHTENSTEIN. — Tumeur kystique du troisième ventricule contenant une matière colloïde ..... 497
- V. TRONCONI. — Pour une meilleure connaissance de l'histoarchitectonie de la région gigantoméridienne humaine ..... 497

### Biologie.

- J. TITECA. — La conduction nerveuse ..... 497
- G. REALE. — Les rapports de la vie végétative et de la vie psycho-affective étudiés à l'aide de stimulants biologiques ..... 498
- C.-P. RICHTER et M. LEVINE. — Sympathectomie chez l'homme. Effets sur la résistance électrique de la peau ..... 498
- M. DE MENNATO et M. D'ARRIGO. — Respiration et catatonie ..... 498

(Suite du sommaire, page VIII).



## CHATEAU DE SAUMERY

CLINIQUE MEDICALE DU CENTRE  
HUISSEAU-sur-COSSON (Loir-et-Cher)  
12 km de BLOIS — 4 km de CHAMBORD

TRAITEMENT DES AFFECTIONS NERVEUSES  
MISE EN ŒUVRE DES THÉRAPEUTIQUES LES PLUS MODERNES  
(Contrôle de laboratoire)

Magnifique demeure historique  
dotée de tout le confort moderne dans un très beau parc de  
38 HECTARES CLOS DE MURS

Docteur **Maurice OLIVIER**  
Médecin en chef des Hôpitaux Psychiatriques  
Téléphone 1, Huisseau-sur-Cosson





# SAINT-REMY

CLINIQUE MÉDICALE

46, Boul. Carnot    Tél. Régional 755 et 850

LE VÉSINET (S.-et-O.).



-- -- TRAITEMENT -- --  
des affections du Système nerveux, des  
intoxications et des maladies de la nutrition

Repos — Convalescences — Régimes  
Electrothérapie — — Hydrothérapie

Dans banlieue agréable, paisible et saine.  
Très belle installation modèle, 6 pavillons séparés  
- - dans un parc fleuri de 2 hectares - -

Chambres gaies, meublées avec goût, très confortables,  
cabinets de toilette avec S. B. et W. C. privés.  
Galeries ensoleillées. Terrain et salons de jeux.  
- Excellente cuisine bourgeoise et de régimes -

NI MALADES CONTAGIEUX OU BRUYANTS

-- -- MÉDECIN-DIRECTEUR -- --

-- D<sup>r</sup> P. ALLAMAGNY --

avec la collaboration du D<sup>r</sup> VIGNAUD,  
ex-Directeur de la Maison de Santé de Vanves  
-- -- et d'un médecin assistant -- --

Th.-A. OTT. — Contribution à l'étude de la physiopathologie du liquide céphalo-rachidien au cours du traitement insulinaire de la schizophrénie .....	499
G. INGVARSON. — Etude sur le taux de l'acide urique du liquide céphalo-rachidien au cours de quelques psychoses .....	499
F.-N. RIKLIN. — Recherches sur le passage de l'alcool dans le liquide céphalo-rachidien .....	499
M. KRAUS et K. MEZEY. — Le dosage du tryptophane dans le liquide céphalo-rachidien et sa valeur .....	500
I.-B. ANSALDI. — Liquide céphalo-rachidien ventriculaire et spinal .....	500
K.-H. FREMMING et J. MADSON. — Recherches sur la réaction de sédimentation dans la paralysie générale .....	500
P. TENCONI. — Comportement de la réaction de Wassermann dans les maladies mentales non syphilitiques traitées par la malaria provoquée .....	501
E. ZARA. — Psychoses et métabolisme des hydrates de carbone, corrélations avec les maladies pancréatiques .....	501
A. DE MARCO. — Métabolisme des protéines dans les maladies mentales. Rapport des psychoses avec la pathologie rénale .....	501
G.-A. JERVIS. — Oligophrénie phénylpyruvique .....	502
M. SCOTT. — La courbe de la glycémie consécutive à l'encéphalographie. Comparaison avec la courbe usuelle de tolérance du dextrose.....	502

D.-N. PARFITT. — Effets neurologiques et psychologiques de l'hypoglycémie .....	502
M. CAHANE. — Influence du dinitrophénol sur le glycogène musculaire et hépatique chez les lapins éthéroïdés et témoins .....	503
R.-G. HOSKINS. — Métabolisme de l'oxygène dans la schizophrénie .....	503
E.-B. TROILO. — Capillaroscopie chez les phrénasthéniques .....	503

## Endocrinologie.

T.-A. MUNRO. — Psychoses familiales associées aux désordres endocriniens .....	503
G. ROUSSY et M. MOSINGER. — Les corrélations épiphyso-hypophysaires. (Le système neuro-endocrinien du cerveau) .....	501
P. TENCONI. — Fonctions hypophysaires et psychopathies .....	501
H. STADLER. — Contribution au problème des relations entre des états crépusculaires et hypersonniques, périodiques et épisodiques, et des troubles hypophysaires .....	501
M. GARIPUY. — Les sympathectomies péripancréatiques expérimentales. Contribution à une chirurgie curative des états diabétiques..	505
R. LEFORT. — Greffe de thyroïde humaine dans un cas de myxœdème infantile. Résultats suivis pendant 12 ans .....	505
P. NIELHAUS. — Dix ans de traitement endocrinien de l'hypertrophie de la prostate ....	505
L. DELBERG et H. FISCHGOLD. — Irradiation hypophysaire dans le diabète insulino-résistant .....	506

(Suite du sommaire, page X).

# Ecole du Docteur Henriette Hoffer

ETABLISSEMENT PSYCHO-MÉDICO-PÉDAGOGIQUE  
POUR ENFANTS INAPTES A SUIVRE LES CLASSES NORMALES  
(ENFANTS RETARDÉS, DÉLICATS, SOURDS, PARLANT MAL)

Fondatrices : Dr H. HOFFER et Madame Anne-Marie BUSSEAU



« MONTCLAIR »

I, Grande Rue, BELLEVUE-MEUDON (Seine-&-Oise) - Téléph. : Observatoire 17-45

# DIVONNE-LES-BAINS

OUVERT  
TOUTE  
L'ANNÉE

Altitude 519 m. (Genève 16 km.) — AIN

LA GRANDE STATION FRANÇAISE DE REPOS  
-- -- dans un parc de 100 hectares -- --

==== Indication spéciale de cure pour : ====  
les troubles fonctionnels du SYSTÈME NERVEUX et des  
MALADIES DE LA NUTRITION qui s'y rattachent  
les maladies organiques du TUBE DIGESTIF et de la  
==== NUTRITION =====

## Dans le parc : Etablissement thermal

Hydrothérapie. Psychothérapie. Cures d'air, de repos,  
d'exercices et de culture physique. Massothérapie. Elec-  
trothérapie. Radiologie.

## Dans le parc : Les Hôtels

### HOTEL DU GOLF

Hôtel de grande classe, tous les appartements avec salle de  
bains, w.-c., téléphone. Première réalisation hôtelière dans  
la suppression des bruits.

### HOTEL CHICAGO

Résidence de tout premier ordre.

### LE GRAND HOTEL

Hôtel de premier ordre à *prix modérés*. Recommandé aux  
familles.

### LE PAVILLON DU GOLF

Grande terrasse avec vue splendide sur la chaîne des  
Alpes. Son restaurant, ses spécialités régionales, ses thés  
avec orchestre.

### MAISON MÉDICALE DE RÉGIME

Sous contrôle d'un médecin spécialiste. Cuisine diététique.  
Laboratoires d'analyses.

## Distractions

Théâtre. Concerts. Cinéma. Parc pour enfants.

## Tous les sports

Golf 18 trous. Tennis. Promenades. Canotage (5 km.  
du lac). Pêche à la truite.

Direction Générale : I. TARTAKOWSKY, Administrateur

## Hygiène et prophylaxie.

H. ZULLIGER. — Hygiène mentale à l'école primaire .....	506
L. RIBEIRO. — Centre médico-pédagogique de dépistage des anomalies infantiles à Rio-de-Janeiro .....	506
H. MENG. — Infirmités physiques et vie psychique .....	507
H. SJÖGREN. — Considérations inspirées par les examens successifs pratiqués dans environ 400 cas d'épilepsie .....	507
M. SABIN. — Les influences des mesures ayant un caractère général sur l'eugénique .....	507

## Thérapeutique.

P. COSSA, H. BOUGEANT, M. PUECH et P. SASSI. — Sur le traitement des complications nerveuses de l'alcoolisme par la strychnine .....	508
D.-E. SANDS. — Le traitement de l'épilepsie avec psychose par le prominal .....	508
A.-E. LOSCALZO. — Effet du tartrate d'ergotamine dans l'épilepsie idiopathique .....	508
A. ESCUTI. — Contribution au traitement de la dépression mélancolique par le chlorure de calcium .....	508
P.-G. SCHUBE, M.-C. McMANAMY, C.-E. TRAPP et G.-F. HOUSER. — Mélancolie d'involution. Traitement par la thecline .....	509
A. VANILLI et P. DURANDO. — Thérapeutique de l'asthénie neuro-psychique .....	509
P. TENCONI. — De l'autohémothérapie dans les maladies mentales .....	509

R. BOULIN. — Remarques sur les accidents provoqués par l'insulinothérapie .....	510
A. FOZ, I.-B. ANSALDI, N.-A. VITA et J.-A. ORNOÑEZ. — L'insulinothérapie en psychiatrie .....	510
M. BOSS. — Les principes thérapeutiques fondamentaux de la schizophrénie au point de vue historique .....	510
M. OLIVIER, Mme CHEVALIER-GAZAGNOL et J. BAZZINISKI. — Un nouveau traitement de la schizophrénie .....	510
P. GUYOT. — Remarques sur le traitement des états schizophréniques par le coma insulinaire .....	511
W. EDERLE. — Notre expérience actuelle du traitement de la schizophrénie par le choc insulinaire .....	511
M. CONTINI. — A propos du traitement de la schizophrénie par l'insuline .....	511
C.-B. MOLONY et M.-S. HONAN. — Une complication rare du choc thérapeutique insulinaire .....	511
A. KENNEDY. — Thérapeutique convulsivante dans la schizophrénie .....	512
A. FOZ, I.-B. ANSALDI et N.-A. VITA. — Essai de la méthode de von Méduna .....	512
E. FRIEDMAN. — Le traitement « irritatif » de la schizophrénie. Revue de vingt cas .....	512
C.-F. CRESPO. — Traitement par l'action convulsivante de la coramine en psychiatrie .....	513
I. STRÖM. — Paralysie générale juvénile (4 cas traités par la malarothérapie) .....	513
Th. ØSTREM. — Du temps d'incubation dans la malaria provoquée .....	513
A. MYERSON. — Les effets physiologiques et psychologiques de la benzédrine .....	513

(Suite du sommaire, page XII).

# LA MÉTAIRIE

— NYON —

## MALADIES NERVEUSES ET MENTALES



DIVISION POUR ENFANTS  
DANS UNE MAISON SÉPARÉE

Médecin-chef : D<sup>r</sup> E. GONET  
D<sup>r</sup> P. PLATTNER

Tél. : 9.56.26

DEUX MÉDECINS ASSISTANTS



# LES RIVES DE PRANGINS

## PRANGINS près NYON (Suisse)

### AFFECTIONS DU SYSTÈME NERVEUX

Médecin-Chef : Dr O.-L. FOREL, Privat-Docent à l'Université  
Prospectus sur demande à l'Administration  
Téléphone : Nyon 9.54.41  
Adr. télégraphique : RIVAPRANGINS NYON



C. BRADLEY. — Le comportement des enfants traités par la benzédrine .....	513
P. SOLOMON et M. PRINZMETAL. — L'emploi de la benzédrine dans le parkinsonisme post-encéphalitique .....	514
O. MECO. — Rémission de la symptomatologie démentielle chez les encéphalitiques soumis à la cure bulgare .....	514
F. PILKINGTON. — Le traitement des désordres affectifs secondaires aux traumatismes crâniens .....	514
J.-L. MC CARTNEY. — L'hypnose, forme rationnelle de psychothérapie dans le traitement des psychonévroses .....	514
H.-A. PALMER. — Valeur de la narcose continue dans le traitement des troubles mentaux .....	515
M.-J. SERESKI et E.-S. FELDMAN. — Application de la narcose prolongée en psychiatrie, 1 <sup>re</sup> partie .....	515
R.-S. SCHWAB, J. FINE et W. JASON-MINTER. — Réduction des symptômes post-encéphalographiques par inhalation d'oxygène à 95 0/0 .....	516
R. HERNANDEZ-RAMIREZ et N.-A. HERNANDEZ. — L'évipan sodique employé comme auxiliaire pour le diagnostic en pathologie chirurgicale des aliénés .....	516
I.-M. TARLOV. — Action de la röntgenothérapie sur les gliomes .....	516
S. D'ESTE et P. VARENNA. — Contribution à la neuro-chirurgie .....	516
C. VINCENT. — Sur le diagnostic et le traitement des traumatismes cérébraux .....	517
C. VINCENT. — Le traitement des abcès subaigus et chroniques des hémisphères .....	517
A.-R. FIAMBERTI. — D'une technique opératoire modifiée et simplifiée de la méthode d'Egazz-	

Moniz sur les lobes préfrontaux dans les maladies mentales .....	517
J. PRIGENRA-KÄFER et R. MORRA. — Etude clinique-chirurgicale et injection de lipiodol dans un gliome kystique. Radiothérapie .....	518
E.-A. KAHN et B.-F. BARNEY. — Cordotomie antéro-latérale pour douleur rebelle dans le tabès dorsalis .....	518
T.-J. PUTMAN. — Résultat du traitement de l'athétose par la section des faisceaux extrapyramidaux de la moelle .....	518

### Médecine légale.

CH. SARROUY et VIAIA. — Tétanos splanchnique (Considérations étiologiques et médico-légales) .....	519
P. DEWILLÉE. — Méningite aiguë et traumatisme. Le problème médico-légal .....	519
S.-L. CETLINE et A.-S. EFROS. — Contribution à l'évolution des processus traumatiques .....	519
R. TARGOWIA. — Le syndrome comitial très tardif des anciens traumatisés crânio-cérébraux de la guerre 1914-1918 .....	520
F. KACZANOWSKI. — Quatre cas médico-légaux de troubles psychiques au cours de la sclérose en plaques .....	520
L. RIBEIRO. — Les altérations des empreintes digitales chez les travailleurs et leur traitement .....	520
N. ROJAS et J.-R. ORIGLO. — Un cas de destruction pathologique familiale des empreintes digitales. Maladie de Meleda .....	521
N. ROJAS et F. BONNET. — Délit de contagion vénérienne .....	521
G. PAOLI. — Amour et outrage .....	521
E. LOCARD. — Les amoureux des criminelles .....	521

(Suite du sommaire, page XIV).

# SANATORIUM BELLEVUE

du Docteur BINSWANGER

à KREUZLINGEN (Suisse)

(fondé en 1857)

Spécialement organisé pour le traitement des  
MALADIES NERVEUSES, MENTALES et des INTOXICATIONS

CURES D'INSULINE

9 villas différentes permettant la séparation complète  
des diverses formes de maladies

6 villas séparées pour névroses, états d'épuisement et de convalescence

3 villas séparées pour maladies mentales

4 médecins

Installation hydrothérapeutique très moderne  
gymnastique, massage, jardinage, tissage, etc...

Grande ferme modèle

RENSEIGNEMENTS ET PROSPECTUS PAR L'ADMINISTRATION

# SAINT-RÉMY

CHALON-SUR-SAONE (S.-&-L.)

Téléphone 316



## MAISON DE CURE ET CONVALESCENCE



Etats neurasthéniques -- Affections du système  
nerveux - Psycho-névroses - Désintoxications  
-- -- Psychothérapie -- Hydrothérapie -- --  
-- 40 chambres -- 15 salles de bains --

NI ALIÉNÉS - NI CONTAGIEUX



Direction administrative : MARC RIFAUX

Direction médicale : Docteur RENÉ VERCIER

ex-interne des Hôpitaux psychiatriques, Chef de clinique  
neuro-psychiatrique à la Faculté de Médecine de Paris

E. GELMA. — L'érotisme délictueux de l'homme d'âge mûr et non dément .....	522
Fl. STEFANESCO-GOANGA. — Constitution bio-psychique et criminalité .....	522
G. FATTAVICHI et N. NICOLAÏ. — La criminalité dans les états psychopathiques initiaux .....	523
A. NATOLI. — Anthropologie criminelle ou psychologie différentielle ? .....	523
S. CUPCEA. — L'expertise psychologique .....	523
L. DE PINA. — Les psycho-diagnostic de Rorschach en criminologie .....	523
L. DE PINA. — Les psychogrammes dans l'anthropologie criminelle .....	521

J.-A. LARSON, A. CANTY et C. BROOM. — La vérité et l'appareil « indicateur de mensonges » .....	521
J.-M. ARNILLAS-ARANA. — Le mythe d'Ichic-ollec dans la genèse d'un crime .....	521
C. SALVAGNO-CAMPOS. — Un cas d'homicide-suicide .....	521
P. VERVAECK. — Arriération intellectuelle et récidive chez les enfants délinquants .....	525
L. VERVAECK. — L'obligation du traitement pour les buveurs dangereux .....	525
V. STANGU. — La capacité pénale ; le problème de la responsabilité .....	526
C. VASILIU. — Essai d'une nouvelle conception de la responsabilité pénale .....	526

## VARIÉTÉS

Société Médico-Psychologique :	
Séances .....	527
Hôpitaux psychiatriques :	
Distinctions honorifiques .....	527
Honorariat .....	528
Nominations .....	528
Concours pour 15 postes de médecins des Hôpitaux psychiatriques .....	528
Incendie à la Clinique psychiatrique d'Esquermes .....	528
Incendie d'un hôpital psychiatrique canadien .....	528
Réunions et Congrès :	
95 <sup>e</sup> Réunion annuelle de l'American psychiatric Association .....	528

Journées médico-psychiatriques pan-américaines .....	529
Assemblée de printemps de la Société Suisse de psychiatrie .....	529
Hygiène et Prophylaxie .....	529
Assistance :	
Projet de création de services ouverts annexés aux hôpitaux psychiatriques et d'additions à la loi de 1838 sur les aliénés .....	530
Fondation d'une clinique des maladies mentales avec laboratoire de recherches à Bristol (Angleterre) .....	531
Médecine légale :	
Criminalité masculine et féminine .....	532

## INFORMATIONS

Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des Pays de langue française (XLIII<sup>e</sup> session, Montpellier, 21-26 septembre 1939) .....

Manifeste de l'Union Médicale Balkanique..

XXV

# MAISON DE SANTÉ DE BELLEVUE (S.-et-O.)

8, Avenue du 11 Novembre

-:- Observatoire 10-62

MÉDECIN-DIRECTEUR : D<sup>r</sup> BUSSARD

✦  
Maladies  
du  
Système  
nerveux  
et de la  
Nutrition  
✦



Psycho-  
névroses  
✦  
Intoxica-  
tions  
✦  
Convales-  
cences

Cet établissement, situé sur le coteau de Bellevue, à proximité du bois de Meudon, est composé de plusieurs pavillons dans un parc. Il offre tout le confort moderne

# LABORATOIRES AMIDO

A. BEAUGONIN, Pharmacien

4, Place des Vosges, 4 — PARIS, 4<sup>e</sup> Arr<sup>t</sup>

## AMIDAL

Poudre — Comprimés — Cachets — Dragées

Deux à quatre cuillerées à café,  
ou quatre à huit comprimés, dragées  
ou cachets par jour

Entérites aiguës et chroniques.  
Entéro colites. Dysenterie.  
Toutes les Diarrhées.  
La constipation spasmodique.

## VITAMYL IRRADIÉ

Extrait concentré de vitamines A, B, et C.

Ergostérol irradié  
Une cuillerée à café  
avant chacun des trois repas.

Carences et Pré-carences.  
Rachitisme.  
Déminalisation.  
Troubles de la Croissance

## GÉNÉSÉRINE

POLONOVSKI et NITZBERG

Deux à trois granules ou dragées ou 20 à 30  
gouttes à chacun des trois repas ou une ampoule  
injectable chaque jour pendant 10 jours.

Hypo-acidité gastrique.  
Syndrome solaire.  
Dyspepsie atonique.  
Palpitations et Tachycardie  
des cœurs nerveux.

## GÉNATROPINE

POLONOVSKI et NITZBERG

2 granules, ou 20 gouttes, 2 à 3 fois par jour,  
entre les repas de préférence.  
1 ampoule injectable par jour.

Hyperchloxydrie.  
Spasmes digestifs — Vomissements.  
Coliques — Diarrhées.

## GÉNOSCOPOLAMINE

POLONOVSKI et NITZBERG

4 à 8 granules, ou 40 à 80 gouttes par jour,  
en 2 ou 3 prises, 1 ampoule par jour.

Maladie de Parkinson.  
Syndromes post-encéphalitiques.  
Anesthésie chirurgicale ou obstétricale.

## GÉNHYOSCYAMINE

POLONOVSKI et NITZBERG

2 granules, ou 20 gouttes, 2 à 3 fois par jour  
entre les repas de préférence.  
1 ampoule par jour.

Spasmes digestifs.  
Tremblements.  
Syndromes parkinsoniens.  
Sueurs des tuberculeux.

## GÉNOSTRYCHINE

POLONOVSKI et NITZBERG

ou

Ampoules — Goutte — Granules

## GÉNOSTHÉNIQUES

Cacodylate de Génostrychine et de Gènesérine.

2 granules, ou 20 gouttes à chacun des trois repas.  
1 ampoule injectable chaque jour.

Asthénie.  
Neurasthénie — Surmenage.  
Anémie — Convalescence.  
Paralysies atoniques.

## GENOMORPHINE

POLONOVSKI et NITZBERG

En comprimés dosés à 2 Ctrgs (2 à 3 fois  
par jour) ou en ampoules injectables  
dosées à 4 Ctrgs.

La Douleur.  
L'Anxiété — l'Agitation.  
Les Dyspnées spasmodiques.  
La Démorphinisation.

ÉCHANTILLONS MÉDICAUX SUR DEMANDE

# PARALYSIE GÉNÉRALE

CHIMIOTHÉRAPIE

## STOVARSOL SODIQUE

4 oxy 3-Acétylamino-phényl  
1 Arsinate de sodium

AMPOULES dosées  
à 0,gr.50 et 1gr.

INJECTIONS  
Sous-Cutanées ou  
Intramusculaires

PYRÉTHOTHÉRAPIE

## DMELCOS

émulsion stabilisée  
de bacilles de Ducrey

AGENT PYRÉTOGÈNE  
RÉGLABLE À VOLONTÉ

AMPOULES  
de ½ cc. à 3 cc.

INJECTIONS  
Intraveineuses

\*Studialex

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE  
**SPECIA** MARQUES "POULENC FRÈRES" et "USINES DU RHÔNE"  
21, rue Jean Goujon — Paris —





## CLINIQUE MÉDICALE DE FONTENAY-S.-BOIS

(Seine)

6, Avenue des Marronniers — Tél. : Tremblay 12-87

Médecin-Directeur :

Docteur G. COLLET, Ancien interne des Asiles de la Seine

### TRAITEMENT DES MALADIES NERVEUSES

ISOLEMENT — PSYCHOTHÉRAPIE — RÉGIMES — HYDROTHÉRAPIE  
ÉLECTROTHÉRAPIE

ÉTABLISSEMENT SITUÉ EN BORDURE DU BOIS DE VINCENNES — PARC  
PAVILLONS SPÉCIAUX POUR DAMES ET JEUNES FILLES

MAISON de REPOS pour PERSONNES AGÉES et pour CONVALESCENTS  
MOYENS DE COMMUNICATIONS FACILES AVEC PARIS

*Chemin de fer de Vincennes, Place de la Bastille, à Paris*  
*Autobus n° 122 au Château de Vincennes (Station du Métro).*

## ÉTABLISSEMENT HYDROTHÉRAPIQUE

ET

## MAISON DE CONVALESCENCE

Docteur J.-B. BUVAT et Docteur G. VILLEY-DESMESERETS

*Anciens Internes des Asiles de la Seine*

*Médecins-Directeurs*

### VILLA MONTSOURIS

130, rue de la Glacière

PARIS

Téléphone : Gobel. 05-40

MARDI, VENDREDI

2 à 5

### CHATEAU de l'ABBAYE

VIRY-CHATILLON

(S.-et-O.)

Téléphone : Juvisy 76

PARC : Huit Hectares

TRAITEMENT DES MALADIES  
NERVEUSES ET DES TOXICOMANIES

— PRIX MODÉRÉS —

## INFORMATIONS

### CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES de France et des Pays de langue française

*XLIII<sup>e</sup> Session, Montpellier (21-26 septembre 1939)*

#### BUREAU DE LA XLIII<sup>e</sup> SESSION

*Président* : P<sup>r</sup> H. ROGER (de Marseille).

*Vice-Président* : P<sup>r</sup> A. POROT (d'Alger).

*Secrétaire général* : P<sup>r</sup> P. COMBEMALE (de Bailleul).

*Trésorier* : D<sup>r</sup> VIGNAUD (de Paris).

*Secrétaire local* : D<sup>r</sup> P. HUGUES (de Montpellier).

#### PROGRAMME DES TRAVAUX ET EXCURSIONS

JEUDI 21 SEPTEMBRE 1939

9 h. 1/2. — SÉANCE SOLENNELLE D'OUVERTURE sous la présidence de M. le Préfet de l'Hérault. Salle des Actes de la Faculté de Médecine (rue de l'Ecole de Médecine).

Le Secrétariat du Congrès sera ouvert à partir de 9 h. (salle Jaulme, entrée par le bd Henri-IV).

Pour se rendre à la Faculté de Médecine (distance, 900 m. de la place), prendre de la gare ou de la place de la Comédie les trams : Octroi de Palavas-Font d'Aurelle ou Champ de Manœuvres-Hôpital Suburbain.

14 h. — PREMIER RAPPORT. — PSYCHIATRIE.

*Les anorexies mentales*, par le D<sup>r</sup> Albert CRÉMIEUX, Ancien Chef de Clinique à la Faculté de Médecine de Marseille.

(Amphithéâtre N<sup>o</sup> 2 de la Faculté de Médecine) (Entrée boulevard Henri-IV).

17 h. — Départ pour la Source Perrier, à Vergèze et Réception par la Direction de la Source.

(Des cars stationneront devant la Faculté. Transport offert par le Comité local).

21 h. — Réception par M. le Doyen et MM. les Professeurs de la Faculté de Médecine de Montpellier.

Visite de la Faculté. — Exposition à la Bibliothèque. — Représentation, dans la Cour de la Faculté, d'une *Comédie Médiévale* ou d'un *Mystère* par la Compagnie animée sous la direction de M. PIRANQUE, Bibliothécaire en Chef de l'Université. (Tenue de soirée).

(A suivre, page d'annonces XIX).

VENDREDI 22 SEPTEMBRE 1939

9 h. — DEUXIÈME RAPPORT. — NEUROLOGIE.

*Les problèmes neurologiques et psychiatriques immédiats et tardifs des traumatismes crâniens*, par le Dr Paul SCHMITE (In memoriam) et M. le Dr Jean SIGWALD, Ancien Chef de Clinique à la Faculté de Médecine de Paris.

(Amphithéâtre N° 2 de la Faculté de Médecine).

### Excursion

11 h. — Départ pour Marseillan. (Les cars stationneront devant la Faculté de Médecine).

12 h. 15. — *Visite de Chaix et de la Coopérative de Marseillan.*

13 h. — *Déjeuner languedocien à Marseillan.*

15 h. — Départ pour Sète par la Route de la Mer. — Visite des Salines et des Caves du Salins du Midi. — Mont St-Clair. — Cimetière Marin.

18 h. — Départ pour Montpellier, où l'on arrivera vers 19 h.

(Transport : 20 fr. par personne. — Repas offert par le Congrès).

(A suivre, page d'annonces XX).



## CHATEAU DE PREVILLE

Tél. 52 ORTHEZ (Basses-Pyrénées)



●  
**Dr Marcel DHERS**  
◆

*Climat toni-sédatif*

MAISON

de Traitements

de Repos ~~~~~

de Régimes ~~~~~

~~~~~  
**Affections nerveuses**

**Intoxications**

**Convalescences**  
●



Installation luxueuse et plaisante sur les bords du Gave au milieu  
-- d'un parc de douze hectares à proximité de Pau et Biarritz --

Rayons X — Electrothérapie — Hydrothérapie — Psychothérapie

SAMEDI 23 SEPTEMBRE 1939

9 h. 30. — *Assemblée générale du Congrès.* (Amphithéâtre N° 2).

(L'Assemblée générale sera précédée à 8 h. 15 de l'Assemblée générale de l'Association Amicale des Etablissements Publics d'Aliénés de France).

10 h. — Départ en car de la Faculté de Médecine pour l'Hôpital Général. (Transport offert par le Comité local).

10 h. 15. — *Inauguration du nouveau Service de Neurologie.* — Visite des Services Hospitaliers et Psychiatriques.

*Réception* par la Direction de la Maison de Santé Reeh.

14 h. 15. — *Séance de communications* (Amphithéâtre N° 2 de la Faculté de Médecine).

17 h. — *Visite du Musée* et Exposition du legs Cavalié.

18 h. 30. — *Réception* par M. le Maire de Montpellier et les membres de la Municipalité au Foyer du Théâtre. (Entrée par la Grande Porte : Place de la Comédie).

21 h. — *Soirée offerte par le Président et les membres du Congrès.* Cité Universitaire, rue Gustave, aux Arceaux.

Tenue de soirée.

(A suivre, page d'annonces XXI).

# MAISON DE SANTÉ

161, rue de Charonne -- PARIS-XI°

Téléphone : ROQUETTE 05-05

Traitement des maladies mentales et nerveuses des deux sexes

Grand parc de 2 hectares en plein Paris

Pavillons et jardins séparés

Directeur : le Dr CL. VURPAS

Médecin de La Salpêtrière

Les familles sont reçues tous les jours de 2 heures à 5 heures

DIMANCHE 24 SEPTEMBRE

**Excursion dans les Cévennes**

9 h. 15. — Départ des cars qui stationneront rue Maguelone.

La Grotte des Demoiselles. — Vallée et Gorges de l'Hérault. — Vallée et Gorges de la Vis. — Cirque de Navacelles. — Ganges.

*Déjeuner cévenol à l'Escoutet.*

Descente d'Arboras-St-Guilhem du Désert. Retour à Montpellier vers 19 heures.

(Prix : transport en auto-car, 50 fr. par personne ; repas à l'Escoutet, offert par le Congrès.)

LUNDI 25 SEPTEMBRE 1939

9 h. 15. — TROISIÈME RAPPORT. — MÉDECINE LÉGALE.

*Des conditions de sortie des aliénés délinquants et criminels internés*, par le Dr Pierre LÉCULIER, Médecin-Chef des Hôpitaux Psychiatriques. (Amphithéâtre N° 2 de la Faculté de Médecine).

14 h. 15. — *Séance de communications* (Amphithéâtre N° 2 de la Faculté de Médecine).

16 h. 15. — *Départ en car pour Maguelone*. Des cars stationneront devant la Faculté de Médecine. (Transport offert par le Comité local).

Visite de l'Île et de la Cathédrale sous la direction de M. le Pr THOMAS, de la Faculté des Lettres.

19 h. 30. — *Banquet* offert par le Comité local (Terrasse du Casino de Palavas).

(A suivre, page d'annonces XXII).

# VILLA PENTHIÈVRE

*Maison de Santé et de Convalescence*

**SCEAUX (Seine)**

TÉLÉPH. 12

**PSYCHOSES — NÉVROSES**



Médecin-Directeur : Dr BONHOMME, Ancien Interne des Asiles de la Seine

Médecin assistant : Dr CODET, Ancien Chef de Clinique de la Faculté



MARDI 26 SEPTEMBRE 1939

**Excursion à Lamalou-les-Bains**

9 h. — Départ des cars pour Lamalou-les-Bains (par Clermont-l'Hérault).  
Les cars stationneront rue Maguelone.

10 h. — Traversée du Cirque de Mourèze.

11 h. — Réception par la Municipalité et le Conseil d'Administration de  
Lamalou-les-Bains.

11 h. 15. — *Séance de communications* (Salle des Fêtes du Casino Municipal).

12 h. 15. — *Visite de la Station et d'un Etablissement de Rééducation.*

13 h. — *Déjeuner* offert par la Station.

15 h. 30. — Excursion à la Forêt des Ecrivains Anciens Combattants.

17 h. — Départ des cars pour Montpellier, où l'on arrivera vers 19 h. 30.

*Prix du transport : 30 fr. par personne.*

(A suivre, page d'annonces XXIII).

**LE CASTEL  
D'ANDORTE**

- 342, Route du Médoc -  
LE BOUSCAT, près Bordeaux  
- Téléphone : BORDEAUX 836-30 -

**MALADIES MENTALES  
- ET NERVEUSES -**

◆ ◆ ◆  
Médecin-Directeur :  
Docteur Pierre CHARON

## EXCURSIONS APRÈS LE CONGRÈS

Différentes *excursions* seront mises à la disposition des Congressistes par l'Agence Exprinter :

*Circuit n° 1* : Montpellier, Nîmes, Les Saintes-Maries de la Mer, Arles, Abbaye de Montmajour, Les Baux, Avignon, Pont-du-Gard, Béziers, Narbonne, Carcassonne, Montpellier (27-29 septembre. Prix par personne : 560 francs).

*Circuit n° 2* : Les Gorges du Tarn (27-29 septembre. Prix par personne : 500 francs).

### Logement à Montpellier

Les Congressistes désirant réserver leur chambre à Montpellier doivent s'adresser directement au gérant de l'hôtel choisi par eux, à moins qu'ils ne préfèrent utiliser le forfait proposé par les voyages Duchemin-Exprinter. Dans ce cas, ils doivent s'adresser directement à cette Agence.

On trouvera dans le programme officiel du Congrès toutes indications utiles.

La Cité Universitaire réserve quelques chambres, au tarif de 7 fr. 50 par jour aux Etudiants en Médecine. S'inscrire auprès du Dr HUGUES (Font d'Au-  
relle-Montpellier). Justifier sa qualité d'Universitaire en présentant sa carte d'Etudiant.

(A suivre, page d'annonces XXIV).

## NEUROBORE PUR

Solution inaltérable de tartrate borico-potassique pur  
1 gr. par cuillerée à café

**SPÉCIFIQUE DES AFFECTIONS NERVEUSES**

*Pas d'Acné — Pas de troubles gastro-intestinaux — Pas de dépression cardiaque*

## NEUROBORE -G- ASSOCIÉ

Tartrate borico-potassique + Phénylethyl-malonylurée + Correctif  
en cachets solubles

**MÉDICATION D'ATTAQUE**

des Affections nerveuses graves, des Insomnies rebelles

## CANTÉINE

BOUTEILLE

(Cratægus -- Passiflore -- Hamamélis -- Salix alba)  
Erethisme cardiaque - Neurasthénie - Mélancolie - Déprimés  
-- Troubles circulatoires et troubles nerveux consécutifs --

Echantillon gratuit sur demande

Laboratoire E. BOUTEILLE, 23, rue des Moines, PARIS (17<sup>e</sup>)

## Transport

La Société Nationale des Chemins de Fer Français, tenant compte du caractère du Congrès, a bien voulu accorder aux Congressistes Français et Etrangers, régulièrement inscrits, ainsi qu'à leur femme, enfants mineurs et filles non mariées les accompagnant, une réduction de 40 0/0 pour se rendre au Congrès. La validité des bons a été fixée du 17 septembre au 1<sup>er</sup> octobre.

## Inscriptions

*Adhésions.* — La cotisation des membres adhérents à la XLIII<sup>e</sup> Session est de cent francs. Trésorier, Dr VIGNAUD, 4, avenue d'Orléans, Paris (14<sup>e</sup>), c.e. postal : 456-30 Paris. Les membres associés, comprenant les personnes de la famille des membres titulaires ou des membres adhérents, versent une cotisation de soixante francs.

La cotisation des membres titulaires de l'Association les dispense de cotisation à la session annuelle.

Pour s'inscrire à la discussion des rapports ou présenter des communications, et pour tous renseignements, s'adresser au P<sup>r</sup> P. COMBEMALE, Secrétaire général, route d'Ypres, à Bailleul (Nord).

(A suivre, page d'annonces XXV).

## ALLOCHRYSINE LUMIERE

AUROTHÉRAPIE PAR VOIE INTRAMUSCULAIRE  
TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE SOUS TOUTES SES FORMES  
Absorption facile et rapide -- Tolérance parfaite  
Aucune réaction locale, ni générale

## CRYOGÉNINE LUMIÈRE

LE MEILLEUR ANTIPYRÉTIQUE ET ANALGÉSIQUE  
ACTION VÉRITABLEMENT RAPIDE DANS LA FIÈVRE ET LA DOULEUR  
Ne détermine pas de sueurs profuses, ni de tendance au collapsus, ne ferme pas le rein, ne provoque pas de vertiges -- Pas de contre-indications

## CRYPTARGOL LUMIÈRE

COMPOSÉ ARGENTIQUE STABLE, ATOXIQUE  
AUSSI ANTISEPTIQUE QUE LE NITRATE D'ARGENT  
Non irritant, kératoplastique  
Aucune intolérance digestive ou cutanéomuqueuse -- Jamais d'argyrisme

## EMGÉ LUMIÈRE

MEDICATION HYPOSULFIQUE MAGNÉSIENNE  
PROPHYLAXIE ET TRAITEMENT DE TOUS LES TROUBLES LIÉS  
A UN ÉTAT D'INSTABILITÉ HUMORALE. ANTI-CHOC.

St<sup>e</sup> A<sup>me</sup> des Produits Chimiques Spéciaux " BREVETS LUMIÈRE "  
45, Rue Villon, LYON — Bureau à PARIS, 3, Rue Paul-Dubois

## MANIFESTE DE L'UNION MEDICALE BALKANIQUE

Manifeste adressé par les Médecins de l'Union Médicale Balkanique  
à tous leurs Confrères du monde entier

*L'Union Médicale Balkanique*, réunie à *Istanbul* à l'occasion de sa  
5<sup>e</sup> Semaine Médicale,

ayant pris en considération les terribles souffrances que la guerre  
totale prépare aux populations civiles des villes ouvertes, ainsi que  
le manque absolu de toute espèce de dispositions conventionnelles de  
défense,

et ayant constaté que, même sous sa forme restreinte, le projet des  
« Villes sanitaires » n'a pas encore été adopté, et que tous les efforts  
poursuivis jusqu'à présent concernant la protection civile contre la

(A suivre, page d'annonces XXVI).

### MAISON DE SANTÉ D'ÉPINAY-SUR-SEINE

(Fondée par le Dr Tarrius)

**6, Avenue de la République, EPINAY-sur-SEINE**

Téléphone : 68 St-Denis



Maladies mentales et nerveuses des deux sexes  
Désintoxications - Cures de repos - Hydrothérapie - Electrothérapie  
Rayons ultra-violets

### PAVILLONS SÉPARÉS ET VILLAS PARTICULIÈRES

très confortables au milieu d'un parc de 15 hectares

**CHAUFFAGE CENTRAL -- ELECTRICITÉ -- CHAPELLE**

*L'établissement est largement ouvert à tous les Médecins  
qui peuvent continuer d'y traiter leurs malades*

Moyens de communication : Tramway n° 54, Place de la Trinité-Enghien (s'arrête  
devant l'Etablissement). — Chemin de fer du Nord, trajet en 10 minutes. — Automobiles,  
route d'Enghien, 7 kilomètres de Paris.

## MANIFESTE DE L'UNION MEDICALE BALKANIQUE

(Suite)

guerre chimique sont restés à l'état de projets, et que le protocole prohibant l'emploi des gaz asphyxiants n'est pas encore ratifié par tous les pays,

prend la décision de s'adresser aux médecins de toutes les nations afin de les prier d'entrer en activité pour remplir à ce sujet leur devoir professionnel et humanitaire, qui est de réveiller et d'émouvoir l'opinion publique.

*L'Union Médicale Balkanique* considère que seule l'opinion internationale éclairée peut faire ressortir l'imminence du danger, et l'inutilité bien démontrée, même pour le vainqueur, de toutes ces terribles

(A suivre, page d'annonces XXVII).

---

---



**Epilepsie**  
**ALEPSAL**

**simple, sûr, sans danger**

Echantillons & Littérature  
LABORATOIRES GÉNÉVRIER 2 Rue du Débarcadère PARIS.

---

---



## MANIFESTE DE L'UNION MEDICALE BALKANIQUE

(Suite)

atrocités, et que seule cette opinion pourrait provoquer des initiatives efficaces.

Il faut inculquer à tous cette vérité immuable : La haine engendre la haine, et l'atrocité la vengeance.

Prof. D<sup>r</sup> Bensis et D<sup>r</sup> Scaramanga (Athènes), Prof. D<sup>r</sup> N. Georghiu et D<sup>r</sup> Popescu Buzeu (Bucarest), D<sup>r</sup> Zika Markoviç, Prof. D<sup>r</sup> K. Sahoviç et D<sup>r</sup> M. Simoviç (Beograd), Prof. D<sup>r</sup> Akil Muhtar Ozden, Prof. D<sup>r</sup> Sedat Tavat et Prof. A. Süheyl Unver (Istanbul), *Union Médicale Balkanique*, 22, *Peyikhane caddesi*, *Istanbul*.

(A suivre, page d'annonces XXVIII).



### VILLA LUNIER à BLOIS (Loir-et-Cher)

consacrée au traitement des maladies mentales

Fondé en 1860 par l'éminent D<sup>r</sup> LUNIER cet établissement sis sur un plateau salubre à la périphérie de la ville à 1.500 mètres de la gare, se trouve au milieu d'un parc magnifique de 11 hectares ; il comporte toutes les commodités modernes et les divers moyens de traitement ; un laboratoire bien outillé permet tous les examens biologiques nécessaires.

La direction et le service médical sont assurés par deux médecins en chef des Hôpitaux psychiatriques assistés d'internes, de religieuses, d'infirmiers et d'infirmières laïques.

Le prix de pension varie de 950 fr. par mois à 1.370 fr. selon les classes.

Le prix des pavillons particuliers oscille entre 2.500 f. et 4.800 fr.

~~~~~  
TÉLÉPHONE : 2-42  
~~~~~

**POUR PLUS AMPLES RENSEIGNEMENTS,  
DEMANDER LE PROSPECTUS DÉTAILLÉ.**

## MANIFESTE DE L'UNION MEDICALE BALKANIQUE

(Suite)

---

L'Union Médicale Balkanique est une organisation essentiellement scientifique. Mais elle a aussi pour but de rapprocher les intellectuels des différents pays, afin qu'ils se connaissent, se comprennent et s'estiment mutuellement, et qu'ils puissent de la sorte former un bloc compact, capable de s'opposer aux malentendus qui engendrent les haines et les luttes funestes entre les nations.

C'est par les « *Semaines Médicales* » que l'Union Balkanique tend à réaliser ces aspirations. Tour à tour, Athènes, Béograd, Bucarest, et Istanbul ont vu se réunir des groupes de plus en plus nombreux et enthousiastes, tous pénétrés des mêmes pensées et des mêmes désirs de compréhension et d'amitié.

## " LES BERGES DU LÉMAN "

### Traitement des affections nerveuses

Cures de repos et de convalescence

### Traitement spécial des psychonévroses

Situation exceptionnelle -- Vue étendue -- Grand parc -- Tout confort

Médecin-Directeur : Docteur M. GUILLEREY (Cabinet de consultations à Lausanne : Grand-Chêne, 2, lundi et jeudi sur rendez-vous. Téléphone 32.434). — Médecin-Adjoint : Docteur R. DUBY, un Médecin-Assistant. Téléphone : Vevey 52.008 ; Adresse télégraphique : Berges Vevey.

*Renseignements et prospectus auprès de la direction médicale*

## SOMMAIRE DU N° 4 (tome I), AVRIL 1939

### MÉMOIRES ORIGINAUX

- CORNU, A. DEVIC et M. POROT. — Les troubles mentaux prolongés de l'intoxication oxycarbonée aiguë..... 533
- L. VON MEDUNA. — Genèse du traitement de la schizophrénie par le cardiazol..... 546
- P. ABÉLY. — Le traitement actuel de la démence précoce et d'autres psychoses par l'insuline et le cardiazol..... 555
- H. DELGADO et J.-O. TRELLES. — La psychiatrie dans l'Amérique du Sud..... 567

(Suite du sommaire, page II).

## MAISON DE SANTÉ

:- D'IVRY-SUR-SEINE :-

23, Rue de la Mairie à IVRY

Téléphone : Gob. 01.67

## MALADIES MENTALES & NERVEUSES

**NOMBREUX PAVILLONS**  
**DANS UN PARC DE 12 HECTARES**

**Médecin-Directeur : Docteur A. DELMAS**

*Ancien chef de clinique à la Faculté de Médecine de Paris*

**Médecin-adjoint : Docteur P. DELMAS**

## SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

*Séance du 26 avril 1939*

- J. VIÉ et RAUCOULE. — Sur la localisation de l'incohérence au délire ..... 616
- LAIGNEL-LAVASTINE, GALLOT et PAUGAM. — Autopugilisme réactionnel à une paresthésie dans le domaine du nerf maxillaire supérieur droit chez un tiqueur .... 624
- LAIGNEL-LAVASTINE, GALLOT et PAUGAM. — Mélancolie anxieuse chez un causalgique, amputé de 3 doigts de la main droite. 626
- L. MARCHAND, G. DEMAY et J. NAUDASCHER. — Ramollissements cérébraux et cérébelleux multiples et progressifs chez une femme de 33 ans ..... 628
- L. MARCHAND et R. DUPOUY. — Tumeur cérébrale de volume considérable. Etat dépressif léger. Syndrome neurologique terminal rapide après ictus syncopal unique. 634

*Séance du 24 avril 1939*

Adoption du procès-verbal ..... 639

- Correspondance ..... 639
- Election d'un membre titulaire ..... 639
- Election d'un membre associé étranger. 640
- G. HEUYER et Mme S. LECONTE. — Débilité mentale avec excitation à type d'hypomanie chronique chez un enfant de 13 ans ..... 640
- R. BESSIÈRE et G. DESHAIES. — Syndrome aphaso-agnosio-apraxique temporaire chez un homme de 35 ans ..... 642
- J. LHERMITTE et BEAUDOIN. — Un cas de démopathie. Etude clinique et essai d'interprétation pathogénique ..... 649
- P. CHATAGNON, A. SOULAIAC et Mlle C. CHATAGNON. — Parl des perturbations endocriniennes dans la physiopathologie mentale à propos d'un cas de déséquilibre constitutionnel. Echec de la thérapeutique par le cardiazol ..... 666
- P. LÔO et J. SALMON. — Sur un cas d'érotomanie pure ..... 670

*(Suite du sommaire page IV).*

# CHATEAU

**DIRECTEUR : D<sup>r</sup> Gaston MAILLARD**  
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris  
Médecin de Bicêtre et de la Salpêtrière  
Médecin-adjoint : D<sup>r</sup> Charles GRIMBERT

— MAISON DE SANTÉ MODERNE —  
POUR DAMES ET JEUNES FILLES



**DE**

# L'HAY-LES-ROSES

INSTALLATION  
DE  
PREMIER ORDRE

*Notice sur demande*

2, rue Dispan

L'HAY-  
LES-ROSES  
(SEINE)

TÉLÉPHONE : 5

**AFFECTIONS DU SYSTÈME NERVEUX**  
- CURES DE DÉSINTOXICATION -  
- DE REPOS ET DE RÉGIMES -

# CHATEAU DE SURESNES

Téléphone : SURESNES 2.88

Maison  
de Santé  
de Repos  
de Régimes

FONDÉE PAR

M. le D<sup>r</sup> MAGNAN.

Membre de  
l'Académie de Médecine



Le Château

La Maison de Santé du Château de Suresnes est située à la Porte de Paris (sortie du Bois de Boulogne), dans un grand parc.

Remise à neuf et embellie depuis la guerre, la maison reçoit, dans des parties distinctes (château et pavillons dispersés dans la verdure du parc), des convalescents, neurasthéniques, nerveux, intoxiqués ou psychopathes.

Château et pavillons réunissent toutes les conditions les meilleures d'hygiène et de bien-être (chauffage central, eau chaude, électricité, eau de source), etc.

Les personnes qui y séjournent peuvent y disposer à leur gré d'une chambre meublée avec luxe, d'un cabinet de toilette, d'un salon, d'une salle de bains, etc.

Les Médecins de la Maison de Santé et leurs familles prennent leurs repas avec les pensionnaires qui désirent fréquenter la salle à manger.

La Maison est largement ouverte à Messieurs les Médecins, qui peuvent ainsi continuer à suivre leurs malades.

## HYDROTHÉRAPIE - ÉLECTROTHÉRAPIE

MÉDECINS DIRECTEURS :

D<sup>r</sup> FILLASSIER O. \* ✂ D<sup>r</sup> DURAND-SALADIN

NOTICE SUR DEMANDE

Communications : Tramway du Val d'Or à la Porte Maillot



## SOCIÉTÉS

### Société de Neurologie de Paris

Séance du 30 mars 1939

- L. BARONNEIX. — Chorée prolongée ..... 679  
KREBS. — Torticolis spasmodique ..... 680  
CHRISTOPHE et DAVID. — Méningiome intraventriculaire ..... 680  
SOUQUES. — Spasme clonique localisé aux muscles innervés par le sciatique poplité externe et calmé par le réchauffement ..... 680  
HEUYER et Mme LECOTE. — Amyotrophie familiale ..... 681  
CL. VINCENT et BRÉGEAT. — Névralgie du trijumeau par angiome sphénoïdal ..... 681  
CL. VINCENT et LE BEAU. — Fausses amputations du troisième ventricule ..... 681  
BARRÉ. — Réactions otolytiques chez un sujet atteint de lésions vestibulaires ..... 682  
MOLLARET. — Hypertrophie musculaire généralisée chez un nourrisson ..... 682  
Th. ALAJOUANINE, AUBRY, THUREL et Mlle VOGT. — Une quadriplégie d'origine saturnine s'accompagnant de paralysie laryngée ..... 682  
GARÇIN. — Macrogénitosomie précoce observée au cours d'un syndrome de Forster .... 682

- LAIGNEI-LAVASTINE, GAILLOT et PAUGAM. — Séquelles nerveuses de blessures cranio-faciales ..... 683  
BERGERET. — Paralysie radiale d'origine corticale ..... 683

### Société de Médecine mentale de Belgique

Séance du 25 mars 1939

- J. DE BUSSCHER. — A propos de "psychanalyse" ..... 683  
Z. BACQ. — Les médiateurs chimiques .... 683

### Groupement Belge d'Etudes Oto-Neuro-Ophtalmologiques et Neuro-Chirurgicales

Séance du 25 mars 1939

- BADERMECKER. — Myoclonies du voile et du larynx chez un sujet jeune en dehors de toute

(Suite du sommaire, page VI).

# NEURINASE

amorce le  
sommeil naturel

*℞*

Insomnie  
Troubles nerveux

Ech<sup>ons</sup> & Littérature  
LABORATOIRES GÉNÉVRIER  
2 Rue du Débarcadère PARIS

# VILLA DES PAGES

LE VÉSINET (S.-et-O.)

40, Avenue Horace Vernet

TRAITEMENT DES AFFECTIONS NERVEUSES  
ET DES MALADIES DE LA NUTRITION

REPOS, CONVALESCENCES, RÉGIMES

*Cures de désintoxication*

Psychothérapie, Rééducation, Physiothérapie



*12 chalets pourvus du confort moderne  
disséminés dans un parc de 5 hectares.*

*Chambres ou appartements à plusieurs pièces*

La clinique est entièrement ouverte aux Médecins  
qui peuvent ainsi conserver la direction de leurs malades

Médecins directeurs : Docteurs LEULIER, MIGNON, CASALIS

Médecin assistant : Docteur LECLERCQ

Téléphone : LE VESINET 12

- affection vasculaire, avec signes névropathiques ..... 684  
P. MARTIN. — Syndrome hypophysaire ..... 685  
P. MARTIN. — Oligodendrogliome du lobe frontal droit opéré ..... 685  
L. LARUELLE et L. MASSION-VERNIORY. — A propos d'un cas d'hématome cérébral non traumatique opéré et guéri. Evolution ultérieure : glioblastome hétéromorphe ..... 685  
L. LARUELLE et L. MASSION-VERNIORY. — Transmalisme cranien et tumeur cérébrale ... 685  
P. MARTIN et L. VAN BOGAERT. — Coexistence de lésions anciennes traumatiques frontales temporales et d'un méningiome parasagittal 685

## ANALYSES

### LIVRES, THÈSES, BROCHURES

#### Neuro-psychiatrie.

- L. MARCHAND. — Héritéité et épilepsies .. 686  
A. POROT. — Les vertus abusives ..... 687  
G. ROBIN. — Précis de neuro-psychiatrie infantile ..... 687  
D. FURTADO. — Pellagre ..... 688  
M. DEPRECQ. — Contribution à l'étude de la pellagre ..... 689  
P. LAMBERT. — Le persécuté muet ..... 689  
Th. BRET. — Les métapsychoses, la métapsychorragie, la télépathie, la hantise ..... 690

#### Médecine légale.

- L. Vervaeck. — Cours d'anthropologie criminelle ..... 690

- R. LALLAU. — L'orientation professionnelle au Centre d'examen médico-psychiques et d'orientation professionnelle des mineurs délinquants de Lille ..... 691  
P. LÉCULIER et R. GOR. — Divorce et aliénation mentale ..... 692  
N. ROJAS. — La psychiatrie dans la législation civile ..... 692  
A. APPLETON et P. BOUDIN. — Le droit médical ..... 694

### JOURNAUX ET REVUES

#### Anatomie.

- G. GUILLAIN, I. BERTRAND et Jacqueline GUILLAIN. — Etude anatomo-clinique sur une lésion ancienne du noyau rouge ..... 691

(Suite du sommaire, page VIII).

# CHATEAU DES COUDRAIES

Ancienne Institution d'Eaubonne (fondée en 1847)

Magnifique Parc de 5 hectares, adossé à la forêt de Sénart. Très belle vue sur la vallée de la Seine. Très grand confort. Eau courante, chaude et froide, dans toutes les chambres, électricité, chauffage central, installation hydrothérapique complète. Rayons U. V. Jardinage. Horticulture. Potagers de 20.000 m<sup>2</sup>. Tennis.



PRIX DE PENSION A PARTIR DE 1000 FR. PAR MOIS

## ÉTIOLLES (S.-&-O.)

### ENFANTS ET JEUNES GENS ARRIÉRÉS

Education et Traitement  
des déficients intellectuels  
à tous les degrés

DIRECTEURS  
D<sup>rs</sup> M. et J. de CHABERT  
de 2 à 5 heures  
sauf jeudis et dimanches  
25 km. de PARIS  
gare Evry-Petit-Bourg (P.-L.-M.)  
Arrêt des autocars Citroën  
27 - 28 - 29 : Dép. de Paris,  
pl. Denfert-Rochereau  
Tél. Corbeil 26

# SAINT-REMY

## CLINIQUE MÉDICALE

46, Boul. Carnot      Tél. Régional 755 et 850

**LE VÉSINET (S.-et-O.).**



-- -- TRAITEMENT -- --  
des affections du Système nerveux, des  
intoxications et des maladies de la nutrition

Repos — Convalescences — Régimes  
Electrothérapie — — Hydrothérapie

Dans banlieue agréable, paisible et saine.  
Très belle installation modèle, 6 pavillons séparés  
-- -- dans un parc fleuri de 2 hectares -- --

Chambres gaies, meublées avec goût, très confortables,  
cabinets de toilette avec S. B. et W. C. privés.  
Galeries ensoleillées. Terrain et salons de jeux.  
- Excellente cuisine bourgeoise et de régimes -

**NI MALADES CONTAGIEUX OU BRUYANTS**

-- -- MÉDECIN-DIRECTEUR -- --

-- **D<sup>r</sup> P. ALLAMAGNY** --

avec la collaboration du D<sup>r</sup> VIGNAUD,  
ex-Directeur de la Maison de Santé de Vanves  
-- -- et d'un médecin assistant -- --

- J. TINEL et G. UNGAR. — Recherches sur la sensibilité vasculaire. Passage de certaines voies sensitives par les ganglions sympathiques 694
- L. CORNIL, J.-E. PAILLAS et H. HAIMOVICI. — Sur les lésions du sympathique caténaire lombaire au cours des artérites des membres inférieurs 695
- D. PANTCHENKO. — Sur certaines particularités de la névrite au cours de la gangrène spontanée 695
- A. MAGITOT et DUBOIS-POULSEN. — Etude anatomique d'une rétinite apparue au cours d'une hypertension maligne 695
- A. LOMBART. — Les lésions nerveuses dans les appendicites aiguës et chroniques (étude clinique et histologique de dix cas) 696
- A. BIEMOND. — Sur une remarquable malformation symétrique de l'écorce cérébrale (micro-engyrie) allant de pair avec une synostose prénatale de toutes les sutures du crâne. 696
- P.-L. LAMBERT et J. DAGNÉLIE. — Cysticercose du quatrième ventricule 696
- C. WEGELIN. — L'hypophyse dans la maladie de Basedow 697
- J.-E. PAILLAS et A. VOLPIATTO. — Métastase endocrinienne d'un mélanome malin 697
- G.-B. HASSIN. — Ataxie de Friedreich. Etude histopathologique 697
- N. BLACKMAN et T.-J. PUTNAM. — Nature des « cellules argentiques » observées dans la sclérose multiple et dans d'autres maladies 698
- W.-M. VAN DER SCHEER et H.-C. KOEK. — Lésions nerveuses périphériques dans les cas d'anémie pernicieuse 698
- A. MEYER. — Sur quelques problèmes du diagnostic histologique et sur l'interprétation des perturbations circulatoires du cerveau 698

## Endocrinologie.

- H. STÉVENIN et H. GAUBE. — Maladie de Simmonds et anorexie mentale 699
- MARCS CAHANE et T. CAHANE. — Sur l'existence des centres nerveux infundibulaires réglant la fonction du corps thyroïde 699
- H. WELTI, H. BARUK et Mlle Y. MATHEY. — Diagnostic des troubles psychiques Basedowiens et des faux syndromes mentaux d'apparence thyroïdienne. Importance du problème au point de vue chirurgical 699
- P. COSSA. — Les formes psychiques pures ou prévalentes de l'hyperthyroïdie 699
- E. SERGENT et H. MAMOU. — Tétanie spontanée grave de l'adulte. Etude clinique et thérapeutique 700
- A. DESAUX. — Faits cliniques et expérimentaux établissant la possibilité d'une action des hormones sur le développement des poils 700
- J. RIBEIRO. — Homosexualité et glandes endocrines 700
- P. BROUSTET. — Les hypertensionns d'origine endocrinienne 701

(Suite du sommaire, page X).



## CHATEAU DE SAUMERY

CLINIQUE MEDICALE DU CENTRE  
HUISSEAU-sur-COSSON (Loir-et-Cher)  
12 km de BLOIS — 4 km de CHAMBORD

TRAITEMENT DES AFFECTIONS NERVEUSES  
MISE EN ŒUVRE DES THÉRAPEUTIQUES LES PLUS MODERNES  
(Contrôle de laboratoire)

Magnifique demeure historique  
dotée de tout le confort moderne dans un très beau parc de  
38 HECTARES CLOS DE MURS

Docteur **Maurice OLIVIER**  
Médecin en chef des Hôpitaux Psychiatriques  
Téléphone 1, Huisseau-sur-Cosson





# DIVONNE-LES-BAINS

OUVERT  
TOUTE  
L'ANNÉE

Altitude 519 m. (Genève 16 km.) — AIN

LA GRANDE STATION FRANÇAISE DE REPOS

-- -- dans un parc de 100 hectares -- --

==== Indication spéciale de cure pour : ====  
les troubles fonctionnels du SYSTÈME NERVEUX et des  
MALADIES DE LA NUTRITION qui s'y rattachent  
les maladies organiques du TUBE DIGESTIF et de la  
==== NUTRITION =====

## Dans le parc : Etablissement thermal

Hydrothérapie. Psychothérapie. Cures d'air, de repos,  
d'exercices et de culture physique. Massothérapie. Elec-  
trothérapie. Radiologie.

## Dans le parc : Les Hôtels

### HOTEL DU GOLF

Hôtel de grande classe, tous les appartements avec salle de  
bains, w.-c., téléphone. Première réalisation hôtelière dans  
la suppression des bruits.

### HOTEL CHICAGO

Résidence de tout premier ordre.

### LE GRAND HOTEL

Hôtel de premier ordre à prix modérés. Recommandé aux  
familles.

### LE PAVILLON DU GOLF

Grande terrasse avec vue splendide sur la chaîne des  
Alpes. Son restaurant, ses spécialités régionales, ses thés  
avec orchestre.

### MAISON MÉDICALE DE RÉGIME

Sous contrôle d'un médecin spécialiste. Cuisine diététique.  
Laboratoires d'analyses.

**Distractions** Théâtre. Concerts. Cinéma. Parc pour enfants.  
**Tous les sports** Golf 18 trous. Tennis. Promenades. Canotage (5 km.  
du lac). Pêche à la truite.

Direction Générale : I. TARTAKOWSKY, Administrateur

## Hygiène et prophylaxie.

- G. ICHOK. — Les psychopathes. Etudes sur la population française ..... 701  
T. BRANDER. — Sur le rôle de l'accouchement prématuré dans la genèse de certaines affections cérébrales, en particulier de certaines formes d'arriération intellectuelle plus ou moins intense, d'origine exogène ..... 701

## Assistance.

- M. BENVENUTI. — Conceptions modernes et législation actuelle sur l'assistance hospitalière neuro-psychiatrique ..... 702  
A.-D. DEGAJAROV. — Essai d'organisation d'un demi-pensionnat pour les malades psychiques ..... 702  
DESJUELLES et BERSOT. — L'assistance aux aliénés en Europe, Tchécoslovaquie ..... 703  
S. RAMIREZ MORENO. — Histoire de la psychiatrie et des hôpitaux psychiatriques de Mexico ..... 703  
E. LEROY. — Les origines de l'asile Saint-Paul-de-Mausole à Saint-Rémy-de-Provence .. 703

## Thérapeutique.

- P. MAURIAC, P. BROUSTET, R. SARIC et DE LACHAUD. — Insulino-résistance et radiothérapie dans le diabète acromégalique ..... 703

- M. SAKEL. — Historique de l'origine du traitement de la schizophrénie par le choc insulinaire ..... 701  
L. ORTEGA. — Le traitement des psychoses par le choc insulinaire ..... 701  
V. FARIELLO. — Contribution à l'étude de la thérapeutique insulinaire dans les maladies mentales ..... 701  
H. PULLER STRICKER. — Progrès récents par le traitement insulinaire ..... 701  
A.-A.-W. PETRIE. — Traitement hypoglycémique de la schizophrénie. Quelques impressions ..... 703  
R. FRIEDENBERG. — Thérapeutique insulinaire. Revue, avec étude spéciale du mécanisme de la cure ..... 703  
S. KATZENELBOGEN, H.-E. HARMS et D.-A. CLARK. — Traitement par le choc insulinaire chez les schizophrènes ..... 703  
H. FRØSHAUG et H. THOMSTAD. — Le traitement par le choc insulinaire des psychoses schizophréniques chroniques ..... 706  
G. LANGFELDT. — Nouveaux éléments d'appréciation concernant le traitement de la schizophrénie par le choc insulinaire ..... 706  
T. KAZMIERSKI. — A propos du traitement de la schizophrénie par l'insuline ..... 706  
W. BRUHL, Z. KANIGOWSKI et J. OLSZEWSKI. — Les nouveaux résultats du traitement de la schizophrénie par l'insuline ..... 707  
L. PLESS. — Schizophrénie et rémissions après insulinothérapie ..... 707

(Suite du sommaire, page XII).

# LA MÉTAIRIE

— NYON (SUISSE) —

## MALADIES NERVEUSES ET MENTALES



DIVISION POUR ENFANTS  
DANS UNE MAISON SÉPARÉE

Médecin-chef : D<sup>r</sup> E. GONET  
D<sup>r</sup> P. PLATTNER

Tél. : 9.56.26

DEUX MÉDECINS ASSISTANTS



# LES RIVES DE PRANGINS

## PRANGINS près NYON (Suisse)

### AFFECTIONS DU SYSTÈME NERVEUX

Médecin-Chef : D<sup>r</sup> O.-L. FOREL, Privat-Docent à l'Université  
Prospectus sur demande à l'Administration

Téléphone : Nyon 9.54.41      Adr. télégraphique : RIVAPRANGINS NYON

|                                                                                                                                                                                    |     |                                                                                                                                                    |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| DELMAS-MARSALET, BERGOUIGNAN, LAFON et VALLAT.<br>— Résultats de la thérapeutique convulsivante de la schizophrénie par le cardiazol                                               | 708 | JEANNE LÉVY et L. JUSTIN-BESANÇON. — La place des sympatholytiques en thérapeutique expérimentale et clinique                                      | 712 |
| W. MEYER. — Constatactions cliniques sur cinquante schizophrènes traités par la méthode des convulsions d'après L. v. Meduna                                                       | 708 | G. LAROCHE et Et. BOMPARD. — Essais de traitement de l'impuissance sexuelle masculine par l'hormone mâle                                           | 712 |
| A. SATTA. — Lésions du squelette au cours de la cardiazolthérapie                                                                                                                  | 709 | J. LEROUX-ROBERT. — Traitement des intoxications barbituriques et similaires par les seules injections intraveineuses à doses massives de coramine | 713 |
| K. MIKULSKI. — Du rôle et de l'importance du traitement calcique dans la thérapeutique de la schizophrénie                                                                         | 709 | A. CASASSA. — La sérothérapie antipoliomyélique d'origine animale (sérum de Petit S.A.P.) dans la thérapeutique humaine                            | 713 |
| J. FRUMKIN, Mme B. GRAGUEROVA, I. MIZROUCHIN, I. ZAVILJANSKI, P. LASKAVY et S. POLINKOVSKI. — Stimulation cytotoxique du mésenchyme dans la paralysie générale et la schizophrénie | 709 | E. STRANSKY. — Sérum normal humain dans le traitement de la sclérose en plaques                                                                    | 713 |
| V. MARTINENGO. — La malarithérapie dans la paralysie générale. Considérations sur les succès immédiats et à distance                                                               | 710 | L. LAMY et Elise VAN DANTZIG. — La méthode de rééducation psycho-physique « Mensendieck »                                                          | 713 |
| E. ESCHER. — Enquête sur les paralytiques généraux impaludés à l'asile de Burghölzli-Zürich, entre 1922 et 1934                                                                    | 710 | H. ARTEUS. — Introduction à l'étude de la fonction psychique de relation et de régulation                                                          | 714 |
| L. MARCHAND. — Stovarsolthérapie de la paralysie générale                                                                                                                          | 710 | E. ROXO. — Régime alimentaire dans le traitement des affections mentales                                                                           | 711 |
| D. AFANASIEV. — De l'influence de la fièvre provoquée par les tiques sur les affections nerveuses et psychiques                                                                    | 711 | M.-P. BAIZE. — Etiologie et traitement de l'émurésie                                                                                               | 715 |
| A. DESCHAMPS et M. CHRABOLOWSKA. — La pyréthérapie par l'abcès de fixation                                                                                                         | 711 | J. BORYSOWICZ. — Le traitement de l'encéphalite épidémique chronique par le procédé dil Bulgare                                                    | 715 |
| A.-S. POZNANSKI et Mme V.-V. NAUMOVA. — L'influence des bromures sur l'état catatonique                                                                                            | 712 | P. DESCOMPS et S. DE SÈZE. — Traitement des névralgies sciatiques par la méthode des injections locales                                            | 715 |

(Suite du sommaire, page XIV).

## *Ecole du Docteur Henriette Hoffer*

ETABLISSEMENT PSYCHO-MÉDICO-PÉDAGOGIQUE  
POUR ENFANTS INAPTES A SUIVRE LES CLASSES NORMALES  
(ENFANTS RETARDÉS, DÉLICATS, SOURDS, PARLANT MAL)

Fondatrices : Dr H. HOFFER et Madame Anne-Marie BUSSEAU



« MONTCLAIR »

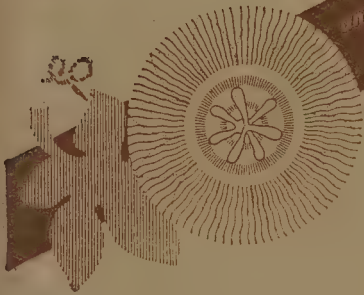
I, Grande Rue, BELLEVUE-MEUDON (Seine-&-Oise) - Téléph. : Observatoire 17-45

# TRAITEMENT PHYTOTHÉRAPIQUE DES SYNDROMES SYMPATHIQUES et PARASYMPATHIQUES

ANGOISSE \_ ANXIÉTÉ \_ INSOMNIE NERVEUSE  
TROUBLES FONCTIONNELS DU CŒUR  
TROUBLES DE LA VIE GÉNITALE, etc...

# La Passiflorine RÉAUBOURG

Indicement composé d'Extraits végétaux  
**ATOXIQUES**



Passiflora  
incarnata  
Salix alba  
Crataegus  
oxyacantha



|                                                                                                                                                                                                |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| O. SROGVIST. — Etudes sur la transmission des sensations douloureuses par le nerf trijumeau. Contribution au traitement chirurgical de la névralgie faciale .....                              | 716 |
| R. LERICHE. — D'une nouvelle opération qui pourrait être efficace pour le traitement de certains états vasculaires du cerveau et de certaines maladies vaso-motrices du membre supérieur ..... | 716 |

|                                                                                                            |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| H. SCHAEFFER. — Le traitement de la migraine par le tartrate d'ergotamine. Résultat et mode d'action ..... | 717 |
| G. JEANNENEY. — Qu'est-ce que le praticien peut demander à la chirurgie endocrinienne .....                | 717 |
| H. WELTI. — La chirurgie thyroïdienne inutile .....                                                        | 717 |
| L. RIBEIRO. — Les maladies des empreintes digitales chez les travailleurs et leur traitement .....         | 717 |

## VARIÉTÉS

|                                |     |
|--------------------------------|-----|
| Société Médico-Psychologique : |     |
| Séances .....                  | 718 |
| Hôpitaux psychiatriques :      |     |
| Nominations .....              | 718 |

|                                                                                   |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Réunions et Congrès :                                                             |     |
| Groupement Belge d'Etudes Oto-Neuro-Ophtalmologiques et Neuro-Chirurgicales ..... | 718 |
| Législation :                                                                     |     |
| Projet de loi portant révision de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés .....    | 719 |

## INFORMATIONS

|                                                                              |       |
|------------------------------------------------------------------------------|-------|
| IV. Congrès International d'Hygiène scolaire (Lille, 8-9 juillet 1939) ..... | XVIII |
|------------------------------------------------------------------------------|-------|

|                                                                                                   |      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| X. Congrès International de Médecine et de Pharmacie militaires (Washington, 7-15 mai 1939) ..... | XXII |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|------|

# LE CASTEL D'ANDORTE

- 342, Route du Médoc -

LE BOUSCAT, près Bordeaux

- Téléphone : BORDEAUX 836-30 -

## MALADIES MENTALES - ET NERVEUSES -

Médecin-Directeur :  
Docteur Pierre CHARON

# SAINT-RÉMY

CHALON-SUR-SAONE (S.-&-L.)

Téléphone 316



## MAISON DE CURE ET CONVALESCENCE



Etats neurasthéniques -- Affections du système  
nerveux - Psycho-névroses - Désintoxications  
-- -- Psychothérapie -- Hydrothérapie -- --  
-- 40 chambres -- 15 salles de bains --

NI ALIÉNÉS - NI CONTAGIEUX



Direction administrative : MARC RIFAUX

Direction médicale : Docteur RENÉ VERCIER

ex-interne des Hôpitaux psychiatriques, Chef de clinique  
neuro-psychiatrique à la Faculté de Médecine de Paris

Vitamine B<sup>1</sup> cristallisée

# Bévitine

*Solution injectable : ampoules de 1 cc à 0,002 et à 0,001 (BOITES DE 5)*  
*Comprimés dosés à 0,005 (TUBES DE 20)*

**POLYNÉVRITES**

BÉRIBÉRIQUES  
INFECTIEUSES  
TOXIQUES  
GRAVIDIQUES

**NÉVRALGIES & NÉVRITES**

*Injectons sous-cutanées  
intramusculaires  
ou intraveineuses*

**TROUBLES DU MÉTABOLISME  
DES HYDRATES DE CARBONE**

**PARÉSIES INTESTINALES**

*Traitement par voie buccale*

ODETTE  
ZÉAU

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE  
MARQUES POULENC FRÈRES ET USINES DU RHONE **SPECIA**  
21, RUE JEAN GOUJON · PARIS · (8<sup>e</sup>)



## CLINIQUE MÉDICALE DE FONTENAY-S.-BOIS

(Seine)

6, Avenue des Marronniers — Tél. : Tremblay 12-87

Médecin-Directeur :

Docteur G. COLLET, Ancien interne des Asiles de la Seine

### TRAITEMENT DES MALADIES NERVEUSES

ISOLEMENT — PSYCHOTHÉRAPIE — RÉGIMES — HYDROTHÉRAPIE  
ÉLECTROTHÉRAPIE

ÉTABLISSEMENT SITUÉ EN BORDURE DU BOIS DE VINCENNES — PARC  
PAVILLONS SPÉCIAUX POUR DAMES ET JEUNES FILLES

MAISON de REPOS pour PERSONNES AGÉES et pour CONVALESCENTS  
MOYENS DE COMMUNICATIONS FACILES AVEC PARIS

*Chemin de fer de Vincennes, Place de la Bastille, à Paris*  
*Autobus n° 122 au Château de Vincennes (Station du Métro).*

## ÉTABLISSEMENT HYDROTHÉRAPIQUE

ET

## MAISON DE CONVALESCENCE

Docteur J.-B. BUVAT et Docteur G. VILLEY-DESMESERETS

*Anciens Internes des Asiles de la Seine*

*Médecins-Directeurs*

### VILLA MONTSOURIS

130, rue de la Glacière

PARIS

Téléphone : Gobel. 05-40

MARDI, VENDREDI

2 à 5

### CHATEAU de l'ABBAYE

VIRY-CHATILLON

(S.-et-O.)

Téléphone : Juvisy 76

PARC : Huit Hectares

TRAITEMENT DES MALADIES  
NERVEUSES ET DES TOXICOMANIES

— PRIX MODÉRÉS —

## INFORMATIONS

### IV<sup>e</sup> CONGRES INTERNATIONAL D'HYGIENE SCOLAIRE (Lille, 8 et 9 juillet 1939)

Un Congrès d'hygiène scolaire de langue française aura lieu les 8 et 9 juillet 1939 à Lille, à l'occasion de l'Exposition du Progrès social, sous le haut patronage de M. le Ministre de la Santé publique.

Son intérêt ne sera pas seulement d'ordre technique, mais pratique. En effet, parmi les questions à l'ordre du jour, la nécessité de l'inspection médicale scolaire obligatoire sera présentée par M. le D<sup>r</sup> DEZARNAULDS, ancien sous-secrétaire d'Etat à l'Education physique, rapporteur du projet de loi qui porte son nom.

L'obligation de l'inspection médicale scolaire dans toutes les écoles et la charte des médecins inspecteurs scolaires sont des questions

(A suivre, page d'annonces XX).



## CHATEAU DE PREVILLE

Tél. 52 ORTHEZ (Basses-Pyrénées)



●  
**D<sup>r</sup> Marcel DHERS**

◆  
*Climat toni-sédatif*

MAISON  
de Traitements  
de Repos ~~~~~  
de Régimes ~~~~~

~~~~~  
**Affections nerveuses  
Intoxications  
Convalescences**



Installation luxueuse et plaisante sur les bords du Gave au milieu  
-- d'un parc de douze hectares à proximité de Pau et Biarritz --  
*Rayons X — Electrothérapie — Hydrothérapie — Psychothérapie*



# LABORATOIRES AMIDO

A. BEUGONIN, Pharmacien

4, Place des Vosges, 4 — PARIS, 4<sup>e</sup> Arr<sup>t</sup>

## AMIDAL

Poudre — Comprimés — Cachets — Dragées

Deux à quatre cuillérées à café,  
ou quatre à huit comprimés, dragées  
ou cachets par jour

Entérites aigües et chroniques.  
Entéro colites. Dysenterie.  
Toutes les Diarrhées.  
La constipation spasmodique.

## VITAMYL IRRADIÉ

Extrait concentré de vitamines A, B, et C.

Ergostérol irradié  
Une cuillérée à café  
avant chacun des trois repas.

Carences et Pré-carences.  
Rachitisme.  
Démérialisation.  
Troubles de la Croissance

## GÉNÉSÉRINE

OLONOVSKI et NITZBERG

Deux à trois granules ou dragées ou 20 à 30  
gouttes à chacun des trois repas ou une ampoule  
injectable chaque jour pendant 10 jours.

Hypo-acidité gastrique.  
Syndrome solaire.  
Dyspepsie atonique.  
Palpitations et Tachycardie  
des cœurs nerveux.

## GÉNATROPINE

OLONOVSKI et NITZBERG

2 granules, ou 20 gouttes, 2 à 3 fois par jour,  
entre les repas de préférence.  
1 ampoule injectable par jour.

Hyperchlorydrie.  
Spasmes digestifs — Vomissements.  
Coliques — Diarrhées.

## GÉNOSCOPOLAMINE

OLONOVSKI et NITZBERG

4 à 8 granules, ou 40 à 80 gouttes par jour,  
en 2 ou 3 prises, 1 ampoule par jour.

Maladie de Parkinson.  
Syndromes post-encéphalitiques.  
Anesthésie chirurgicale ou obstétricale.

## GÉNHYOSCYAMINE

OLONOVSKI et NITZBERG

2 granules, ou 20 gouttes, 2 à 3 fois par jour  
entre les repas de préférence.  
1 ampoule par jour.

Spasmes digestifs.  
Tremblements.  
Syndromes parkinsoniens.  
Sueurs des tuberculeux.

## GÉNOSTRYCHNINE

OLONOVSKI et NITZBERG

ou  
Ampoules — Goutte — Granules

## GÉNOSTHÉNIQUES

Cacodylate de Génostrychnine et de Génomorphine.

2 granules, ou 20 gouttes à chacun des trois repas.  
1 ampoule injectable chaque jour.

Asthénie.  
Neurasthénie — Surmenage.  
Anémie — Convalescence.  
Paralysies atoniques.

## GÉNOMORPHINE

OLONOVSKI et NITZBERG

En comprimés dosés à 2 Cgts (2 à 3 fois  
par jour) ou en ampoules injectables  
dosées à 4 Cgts.

La Douleur.  
L'Anxiété — l'Agitation.  
Les Dyspnées spasmodiques.  
La Démorphinisation.

ÉCHANTILLONS MÉDICAUX SUR DEMANDE

IV<sup>e</sup> CONGRES INTERNATIONAL  
D'HYGIENE SCOLAIRE  
(Lille, 8 et 9 juillet 1939)

(Suite)

dont l'urgence et l'importance ne peuvent échapper à tous ceux qui s'intéressent au Progrès social.

Les congressistes seront, ou *membres titulaires* du Congrès, seuls susceptibles de présenter des communications, ou *membres associés* (femmes et enfants). Un banquet clôturera le Congrès.

La demande *d'inscription* devra être accompagnée d'un mandat de 100 fr. pour les membres titulaires, et de 70 fr. pour les membres associés, à l'adresse du trésorier du Congrès : M. Jules Dubois, 355, bd Victor-Hugo, Lille (c.-c. postal Lille 417.64).

Le coût du banquet est compris dans la cotisation. Des réductions sur les tarifs de chemin de fer, des prix spéciaux dans les hôtels, l'entrée gratuite à l'Exposition, seront accordés aux congressistes.

Pour tous renseignements, s'adresser au Secrétaire général du Congrès : M. POREZ, 68, rue Brûle-Maison, Lille (Nord).

(A suivre, page d'annonces XXII).

# NÉVROSTHÉNINE FREYSSINGE

LE

## RECONSTITUANT NERVIN RATIONNEL

dont est justiciable

Tout DÉPRIMÉ  
SURMENÉ

Tout CÉRÉBRAL  
INTELLECTUEL

Tout CONVALESCENT  
NEURASTHÉNIQUE



XV à XX gouttes  
à chaque repas

XX gouttes = 0,40 de  
glycérophosphates  
cérébraux (Na.K.Mg.)

6, rue Abel - PARIS (12<sup>e</sup>)

ni chaux, ni sucre, ni alcool  
aucune contre-indication

# MAISON DE SANTÉ

161, rue de Charonne -- PARIS-XI<sup>e</sup>

Téléphone : ROQUETTE 05-05

Traitement des maladies mentales et nerveuses des deux sexes

Grand parc de 2 hectares en plein Paris

Pavillons et jardins séparés

Directeur : le D<sup>r</sup> CL. VURPAS

*Médecin de La Salpêtrière*

Les familles sont reçues tous les jours de 2 heures à 5 heures

## VILLA PENTHIÈVRE

*Maison de Santé et de Convalescence*

SCEAUX (Seine)

TÉLÉPH. 12

PSYCHOSES — NÉVROSES



Médecin-Directeur : D<sup>r</sup> BONHOMME, Ancien Interne des Asiles de la Seine  
Médecin assistant : D<sup>r</sup> CODET, Ancien Chef de Clinique de la Faculté

**X<sup>e</sup> CONGRES INTERNATIONAL DE MEDECINE  
ET DE PHARMACIE MILITAIRES**  
(Washington, 7-15 mai 1939)

Le X<sup>e</sup> Congrès international de médecine et de pharmacie militaires se tiendra à Washington, du 7 au 15 mai 1939.

Un programme scientifique et un programme de fêtes ont été élaborés ; ils seront communiqués sous peu à toutes les nations ayant reçu une invitation.

M. le général Charles-R. REYNOLDS, directeur général du Service de santé de l'armée, a été nommé *président* du Congrès et M. le colonel Harold-W. JONES, du Service de santé de l'armée, *secrétaire général*.

PROGRAMME SCIENTIFIQUE

1<sup>re</sup> QUESTION : *Organisation et fonctionnement du service sanitaire dans les expéditions coloniales* (rapporteurs : Italie, U.S.A.).

2<sup>e</sup> QUESTION : *La prévision des pertes en temps de guerre et leurs méthodes de calculs* (rapporteurs : Allemagne, U.S.A.).

3<sup>e</sup> QUESTION : *Procédés pratiques d'anesthésie et d'analgésie dans la chirurgie de guerre* (rapporteurs : Brésil, U.S.A.).

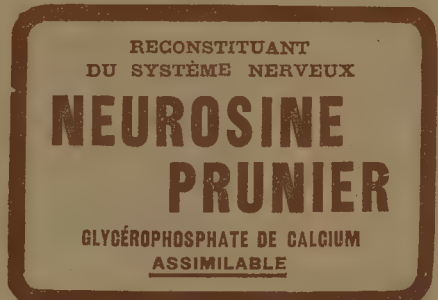
(A suivre, page d'annonces XXIII).

MÉDICATION ALCALINE PRATIQUE

**COMPRIMÉS VICHY-ÉTAT**

3 à 4 comprimés par verre d'eau

12 à 15 comprimés par litre.



**X<sup>e</sup> CONGRES INTERNATIONAL DE MEDECINE  
ET DE PHARMACIE MILITAIRES**  
(Washington, 7-15 mai 1939)

(Suite)

4<sup>e</sup> QUESTION : *Organisation et fonctionnement du service chimico-pharmaceutique militaire* (rapporteurs : Argentine, Tchécoslovaquie).

5<sup>e</sup> QUESTION : *Traitement d'urgence et appareillage primaire des fractures de guerre des maxillaires* (rapporteurs : Grande-Bretagne, U.S.A.).

6<sup>e</sup> QUESTION : *Spécialisation technique des officiers d'administration du service sanitaire* (rapporteurs : Mexique, U.S.A.).

7<sup>e</sup> QUESTION : *L'oxygénothérapie et son organisation dans les troupes en campagne* (rapporteurs : Belgique, U.S.A.).

L'adresse du secrétariat est la suivante :

X<sup>e</sup> Congrès international de médecine et de pharmacie militaires,  
Army Medical Library, Washington, D.C.

(A suivre, page d'annonces XXIV).

# CHATEAU DU BEL-AIR

**VILLENEUVE-St-GEORGES, 15 minutes de Paris**

65 trains par jour dans chaque sens

Voitures à la gare de Villeneuve-St-Georges : Trajet en 3 minutes

**PARC**  
de 8 hectares  
à  
flanc de coteau  
au midi

—  
**Confort Moderne**

—  
**CHAMBRES**  
avec  
Salles de bains  
privées



**Cures de Repos**  
**Convalescences**  
**Régimes**  
**Désintoxications**  
**Psychothérapie**  
**Héliothérapie**  
**Malariathérapie**

—  
**MÉDECINS**  
**SPÉCIALISTES**  
résidant  
au Château

**D<sup>rs</sup> H. MEURIOT & REVAULT D'ALLONNES**

Ancienne Maison de Santé fondée par le D<sup>r</sup> Blanche à Passy  
Téléphone 244 à Villeneuve-St-Georges

**PRIX MODÉRÉS. — NOTICES ILLUSTRÉES SUR DEMANDE**



**X<sup>e</sup> CONGRES INTERNATIONAL DE MEDECINE  
ET DE PHARMACIE MILITAIRES**

**(Washington, 7-15 mai 1939)**

*(Suite)*

**ORGANISATION DU VOYAGE**

*Renseignements fournis par l'Office International de Documentation*

Liste des départs permettant l'arrivée à Washington pour le X<sup>e</sup> Congrès, ainsi que les dates pour le retour.

Les billets émis aux tarifs spéciaux d'excursion seront valables pour une période de vingt-huit jours francs ne comprenant ni le jour de débarquement, ni le jour d'embarquement, mais devront être utilisés pour le retour avant le 23 mai 1939.

Les passagers munis de ces billets spéciaux et effectuant le voyage de retour après le 23 mai auront à acquitter la différence entre le tarif normal aller et retour et le prix payé pour le billet excursion.

*(A suivre, page d'annonces XXVI).*

# **SANATORIUM BELLEVUE**

du Docteur BINSWANGER



**à KREUZLINGEN (Suisse)**

(fondé en 1857)

**Spécialement organisé pour le traitement des  
MALADIES NERVEUSES, MENTALES et des INTOXICATIONS**

**CURES D'INSULINE**

9 villas différentes permettant la séparation complète  
des diverses formes de maladies

6 villas séparées pour névroses, états d'épuisement et de convalescence

3 villas séparées pour maladies mentales

4 médecins

Installation hydrothérapeutique très moderne  
gymnastique, massage, jardinage, tissage, etc...

Grande ferme modèle

**RENSEIGNEMENTS ET PROSPECTUS PAR L'ADMINISTRATION**

# KANEURON

**Solution Stable**

le plus maniable ———

—— le plus assimilable ———

—— le plus actif

dessédatifs phylo-barbituriques

de par sa forme soluble.

10 GOUTTES 0,01 de

Phényléthylmalonylurée sodique

Crataegus Passiflore

—— Paulinia ———

Correctif anti déprimeur

Stabilisateur type des

Troubles Vago-sympathiques

Angoisses

Sédatif de l'Hyper-excitation.

## SIDÉRANYL

Spasmolytique  
magnésien

Borotartrate de magnésie

Epilepsie et équivalents  
épileptiques (Vertiges)  
Instabilité psycho-motrice

## SERVO-FREINYL

Borotartrate Mg et Ca

Carbonate de calcium

Phényléthylmalonylurée

Parathyroïdine, Ergostérine

Troubles du Caractère

Tics

Terrain Tétanique

## SPASMOCALCYL

Borotartrate }  
Bromure } de Ca

Iodure }  
peptones de lev. de bière

Terrain spasmophile

Etats Convulsifs des  
Enfants

Echantillons et Littérature sur demande aux

LABORATOIRES LABIOLA 52 rue de Cambrai  
LILLE NORD

**X<sup>e</sup> CONGRES INTERNATIONAL DE MEDECINE  
ET DE PHARMACIE MILITAIRES**

**(Washington, 7-15 mai 1939)**

*(Suite).*

*American Express C<sup>e</sup>*

*The American Express C<sup>e</sup> Inc.*, désigné par le Comité organisateur du X<sup>e</sup> Congrès comme agent officiel, communique le projet de séjour ci-après qui peut être modifié pour autant qu'il réunisse un groupe de dix participants.

Séjour à New-York à partir du 28 avril. Départ le 1<sup>er</sup> mai pour Niagara-Falls, Detroit, Chicago, Baltimore, Washington.

Séjour à Washington du 7 au 15 mai. Départ le 15 mai pour New-York.

Voyage de jour en pullman, de nuit en wagon-lit, chambres avec salle de bain et trois repas par jour (sauf à Washington : chambre et petit déjeuner seulement), tous les transferts, pourboires, sauf à bord, visites guidées.

Fin des services après le repas de midi le 17 mai.

*(A suivre, page d'annonces XXVII).*



**VILLA LUNIER**

**à BLOIS (Loir-et-Cher)**

**consacrée au traitement des maladies mentales**

Fondé en 1860 par l'éminent D<sup>r</sup> **LUNIER** cet établissement sis sur un plateau salubre à la périphérie de la ville à 1.500 mètres de la gare, se trouve au milieu d'un parc magnifique de 11 hectares ; il comporte toutes les commodités modernes et les divers moyens de traitement ; un laboratoire bien outillé permet tous les examens biologiques nécessaires.

La direction et le service médical sont assurés par deux médecins en chef des Hôpitaux psychiatriques assistés d'internes, de religieuses, d'infirmiers et d'infirmières laïques.

Le prix de pension varie de 970 fr. par mois à 1.370 fr. selon les classes.

Le prix des pavillons particuliers oscille entre 2.500 f. et 4.800 fr.

**TÉLÉPHONE : 2-82**

**POUR PLUS AMPLES RENSEIGNEMENTS,  
DEMANDER LE PROSPECTUS DÉTAILLÉ.**

**X<sup>e</sup> CONGRES INTERNATIONAL DE MEDECINE  
ET DE PHARMACIE MILITAIRES**

**(Washington, 7-15 mai 1939)**

*(Suite)*

Prix forfaitaire avec séjour à Washington :

A l'hôtel Harrington .....	216 dollars
A l'hôtel Willard .....	236 —

*Cunard White Star*

La *Cunard Line* communique le projet de voyage ci-dessous pour le prix forfaitaire de 460 dollars.

Départ de Cherbourg le 21 avril : New-York, chutes du Niagara, Détroit, Chicago, Washington, Baltimore, New-York.

Passage en classe touriste sur *Aquitania*. Voyage aux Etats-Unis de jour en pullman, de nuit en wagon-lit, chambres avec salles de bain et trois repas par jour, sauf à Washington (chambre et petit déjeuner), tous les transferts, pourboires sauf à bord, visites guidées.

*(A suivre, page d'annonces XXVIII).*

## **MAISON DE SANTÉ D'ÉPINAY-SUR-SEINE**

(Fondée par le Dr Tarrius)

**6, Avenue de la République, EPINAY-sur-SEINE**

Téléphone : 68 St-Denis



**Maladies mentales et nerveuses des deux sexes  
Désintoxications - Cures de repos - Hydrothérapie - Electrothérapie  
Rayons ultra-violet**

### **PAVILLONS SÉPARÉS ET VILLAS PARTICULIÈRES**

très confortables au milieu d'un parc de 15 hectares

**CHAUFFAGE CENTRAL -- ELECTRICITÉ -- CHAPELLE**

*L'établissement est largement ouvert à tous les Médecins  
qui peuvent continuer d'y traiter leurs malades*

**Moyens de communication :** Tramway n° 54, Place de la Trinité-Enghien (s'arrête devant l'Etablissement). — Chemin de fer gare du Nord, trajet en 10 minutes. — Automobiles, route d'Enghien, 7 kilomètres de Paris.

# X<sup>e</sup> CONGRES INTERNATIONAL DE MEDECINE ET DE PHARMACIE MILITAIRES

(Washington, 7-15 mai 1939)

(Suite)

## Office belge des Compagnies françaises de navigation

L'Office belge des Compagnies françaises de navigation, — agence générale de la Compagnie Transatlantique, — communique le projet ci-dessous :

Départ du Havre le 19 avril, arrivée à New-York le 26. Visite de l'Exposition. Départ le 28 pour les chutes du Niagara, Detroit, Chicago, Washington. Arrivée à Washington le 6 mai. Chambres avec salle de bain et trois repas par jour, sauf à Washington (chambre et petit déjeuner). Transferts, pourboires, sauf à bord, visites guidées. Retour par le *Normandie* le 17 mai, arrivée au Havre le 22 mai.

Prix forfaitaire : 435 dollars, plus 60 francs français.

En cas de retour par le *Champlain*, départ le 25 mai, arrivée au Havre le 1<sup>er</sup> juin ; il y aurait lieu de prévoir un supplément de dollars de 18,75, plus le séjour à New-York du 17 au 25 mai.

## NEUROBORE PUR

Solution inaltérable de tartrate borico-potassique pur  
1 gr. par cuillerée à café

**SPÉCIFIQUE DES AFFECTIONS NERVEUSES**

*Pas d'Acné — Pas de troubles gastro-intestinaux — Pas de dépression cardiaque*

## NEUROBORE -G- ASSOCIÉ

Tartrate borico-potassique + Phénylethyl-malonylurée + Correctif  
en cachets solubles

**MÉDICATION D'ATTAQUE**

des Affections nerveuses graves, des Insomnies rebelles

## CANTÉINE

**BOUTEILLE**

(Cratægus -- Passiflore -- Hamamélis -- Salix alba)  
Érethisme cardiaque - Neurasthénie - Mélancolie - Déprimés  
-- Troubles circulatoires et troubles nerveux consécutifs --

Echantillon gratuit sur demande

**Laboratoire E. BOUTEILLE, 23, rue des Moines, PARIS (17<sup>e</sup>)**



## SOMMAIRE DU N° 5 (tome I), MAI 1939

### MÉMOIRES ORIGINAUX

- C. FERRIO. — Le centenaire de la loi française du 30 juin 1838. Ce qu'en pense un étranger..... 725
- L. FROMENTY. — Surmenage intellectuel et schizophrénies..... 735
- M. WAHL et S. COTTE. — La gaucherie et le bégaiement. Note pour servir de préface à l'étude de certains troubles du langage..... 765

(Suite du sommaire, page II).

## CHATEAU

DIRECTEUR : D<sup>r</sup> Gaston MAILLARD  
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris  
Médecin de Bicêtre et de la Salpêtrière  
Médecin-adjoint : D<sup>r</sup> Charles GRIMBERT

DE

— MAISON DE SANTÉ MODERNE —  
POUR DAMES ET JEUNES FILLES



## L'HAY-LES-ROSES

INSTALLATION  
DE  
PREMIER ORDRE

Notice sur demande

2, rue Dispan

L'HAY-  
LES-ROSES  
(SEINE)

TÉLÉPHONE : 5

AFFECTIONS DU SYSTÈME NERVEUX  
- CURES DE DÉSINTOXICATION -  
- DE REPOS ET DE RÉGIMES -

## SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

*Séance du 11 mai 1939*

- VI<sup>e</sup> Réunion Européenne d'Hygiène Mentale ..... 770
- J. LÉVY-VALENSI, H. PÉQUIGNOT et F. PASCHE.  
— Une observation de travestissement tardif ..... 770
- P. GUIRAUD. — Psychoses colibacillaires aiguës ..... 774
- MARTINOR et Mlle JOUANNAIS. — Un cas d'illusion de sosie. Polynévrite et sclérose médullaire chez une alcoolique. 785
- LAIGNEL-LAVASTINE, H.-M. GALLOT et M. FELD. — Section du médian et des artères du poignet gauche, par tentative de suicide liée à un choc émotif chez une neuro-syphilitique ..... 791
- L. MARCHAND et J. AJURIAGUERRA. — Crise d'épilepsie à aura douloureuse .... 794
- L. MARCHAND, P. COURBON et J. CARRIER. — Deux cas de démence alcoolique à marche

- rapide. Prolifération cérébrale névrogli-  
que et microglie considérable, sans  
lésions inflammatoires vasculaires et mé-  
ningées ..... 796
- X. ABÉLY, BOUVET et CARRÈRE. — Un délire  
passionnel de thérapeute ..... 803
- HEUYER et NEVEU. — Deux états passionnels  
à thème commun de dépossession et de  
formes différentes ..... 808

*Séance du 22 mai 1939*

- Adoption du procès-verbal ..... 822
- Correspondance ..... 822
- Prix ..... 823
- Election de deux membres correspondants  
nationaux ..... 823
- Décès du Docteur Legrain ..... 823
- E. GÉRAUDEL. — Contre-indications cardia-  
ques à la cardiazolthérapie ..... 825

(Suite du sommaire page IV).

# MAISON DE SANTÉ

.. D'IVRY-SUR-SEINE ..

23, Rue de la Mairie à IVRY

Téléphone : Gob. 01.67

## MALADIES MENTALES & NERVEUSES

**NOMBREUX PAVILLONS**  
**DANS UN PARC DE 12 HECTARES**

**Médecin-Directeur : Docteur A. DELMAS**

*Ancien chef de clinique à la Faculté de Médecine de Paris*

**Médecin-adjoint : Docteur P. DELMAS**

# CHATEAU DE SURESNES

Téléphone : SURESNES 2.88

Maison  
de Santé  
de Repos  
de Régimes



FONDÉE PAR

M. le D<sup>r</sup> MAGNAN

Membre de  
l'Académie de Médecine



Le Château

La Maison de Santé du Château de Suresnes est située à la Porte de Paris (sortie du Bois de Boulogne), dans un grand parc.

Remise à neuf et embellie depuis la guerre, la maison reçoit, dans des parties distinctes (château et pavillons dispersés dans la verdure du parc), des convalescents, neurasthéniques, nerveux, intoxiqués ou psychopathes.

Château et pavillons réunissent toutes les conditions les meilleures d'hygiène et de bien-être (chauffage central, eau chaude, électricité, eau de source), etc.

Les personnes qui y séjournent peuvent y disposer à leur gré d'une chambre meublée avec luxe, d'un cabinet de toilette, d'un salon, d'une salle de bains, etc.

Les Médecins de la Maison de Santé et leurs familles prennent leurs repas avec les pensionnaires qui désirent fréquenter la salle à manger.

La Maison est largement ouverte à Messieurs les Médecins, qui peuvent ainsi continuer à suivre leurs malades.

## HYDROTHÉRAPIE - ÉLECTROTHÉRAPIE

MÉDECINS DIRECTEURS :

D<sup>r</sup> FILLASSIER O. \* ✂ D<sup>r</sup> DURAND-SALADIN

NOTICE SUR DEMANDE

Communications : Tramway du Val d'Or à la Porte Maillot

- BARGUES, CORCELLE et BERTHON. — La pupille et le fond d'œil au cours des crises convulsives provoquées par le cardiazol ..... 829
- G. DEMAY, A. SOULAIRAC et J. NAUDASCHER. — Cardiazol et troubles pulmonaires 835
- M. HYVERT. — Sels d'or et cardiazol . 841
- LARRIVE, MESTRALLET, MATHON et J. CARRIER. — Que peut-on attendre du traitement de certains troubles mentaux aigus et chroniques par le cardiazol ? ... 844
- H. CLAUDE, M. LECONTE et G. RALLU. — De quelques observations particulières faites au cours du traitement par le cardiazol ..... 859
- LAIGNEL-LAVASTINE, H.-M. GALLOT et H. RICHARD. — Le cardiazol en thérapeutique psychiatrique. (Expérimentation et essai clinique de 17 mois) ..... 863
- J. VIÉ et P. RAUCOULE. — Quelques cas de traitement par le cardiazol ..... 878
- H. EY et D. COLOMB. — Contribution à la physiopathologie motrice du choc insulinique ..... 883
- H. EY, D. COLOMB et BERNARD. — Observations d'insulinothérapie (30 cas) ... 891
- POROT, BARDENAT et LÉONARDON. — Quelques réflexions sur l'insulinothérapie 896
- Paul ABÉLY. — Thérapie par l'insuline et le cardiazol ..... 904
- A. POROT, AUBIN, VALLET et SUTTER. — Les thérapeutiques à l'insuline et au cardiazol dans quelques services psychiatriques de l'Algérie ..... 906
- G. VILLEY et J.-F. BUVAT. — Une année de traitements par le cardiazol ou par l'insuline dans diverses psychoses ..... 908
- H. BARUK et M.-L. ZAPHIROPOULOS. — Les guérisons dans les états dits de « démence précoce » en dehors des thérapeutiques de choc ..... 917
- Paul COURBON et ASSUAD. — Insulinothérapie comatogène et cardiazolthérapie convulsivante ..... 929
- Paul COURBON et Jean PERRIN. — Les sismothérapies anciennes et modernes en psychiatrie ..... 933

(Suite du sommaire, page VI).



## CHATEAU DE SAUMERY

CLINIQUE MEDICALE DU CENTRE  
HUISSEAU-sur-COSSON (Loir-et-Cher)  
12 km de BLOIS — 4 km de CHAMBORD

TRAITEMENT DES AFFECTIONS NERVEUSES  
MISE EN ŒUVRE DES THÉRAPEUTIQUES LES PLUS MODERNES  
(Contrôle de laboratoire)

Magnifique demeure historique  
dotée de tout le confort moderne dans un très beau parc de  
38 HECTARES CLOS DE MURS

Docteur **Maurice OLIVIER**  
Médecin en chef des Hôpitaux Psychiatriques  
Téléphone 1, Huisseau-sur-Cosson



# VILLA DES PAGES

LE VÉSINET (S.-et-O.)

40, Avenue Horace Vernet

TRAITEMENT DES AFFECTIONS NERVEUSES  
ET DES MALADIES DE LA NUTRITION

REPOS, CONVALESCENCES, RÉGIMES

*Cures de désintoxication*

Psychothérapie, Rééducation, Physiothérapie



*12 chalets pourvus du confort moderne  
disséminés dans un parc de 5 hectares.  
Chambres ou appartements à plusieurs pièces*

La clinique est entièrement ouverte aux Médecins  
qui peuvent ainsi conserver la direction de leurs malades

Médecins directeurs : Docteurs LEULIER, MIGNON, CASALIS

Médecin assistant : Docteur LECLERCQ

Téléphone : LE VÉSINET 12



## SOCIÉTÉS

### Société de Neurologie de Paris

Séance du 4 mai 1939

- Ludo VAN BOGAERT. — Associations anatomo-cliniques de dégénérescence pigmentaire pallidonigrique (Hallervorden-Spatz et Encéphalite lathargique chronique) ..... 949
- QUERCY et DE LACHAUD. — Sur la paroi de la cavité médullaire dans un cas de pellagre, dans un cas d'hydrocéphalie et dans la syringomyélie ..... 949
- QUERCY et DE LACHAUD. — Sur les aspects alvéolaires, plexiformes et terminaux de la névrogie, des neurones et de la fibre conjonctive ..... 949
- J. LHERMITTE, MONNIEU-VINARD et DE AJURUA-GUERRA. — Sur un cas d'intoxication oxy-carbonée mortelle. Hémiplegie tardive ..... 950
- J. LHERMITTE, Th. DE MARTEL et GUILLAUME. — Remarques à propos des méningiomes latents ..... 950
- G. GUILLAIN, Y. BERTRAND et Jacqueline GUILLAIN. — Sur un cas d'atrophie cérébelleuse et olivaire progressive, non familiale. Etude anatomo-clinique ..... 950
- M. MOLLARET. — Maladie de Friedreich n'atteignant qu'un jumeau. Amélioration depuis trois ans par vitaminothérapie C ..... 951
- Paul MORIN. — Myorhythmies des ailes du nez ..... 951

- Th. ALAJOUANINE et THUREL. — Œdème cérébral et stase papillaire chez un hypertendu... 951
- Th. ALAJOUANINE et THUREL. — Syndrome parkinsonien fruste amené à consulter pour troubles de l'écriture ..... 951
- J. BARRÉ et A. CHARBONNEL. — Paralyse amyotrophique, post-traumatique extensive avec fibrillations disséminées sans contracture pyramidale ou autre ..... 951

### Association pour l'Etude des Arts et Société Française de Psychologie

Séance commune du 20 mai 1939

- Joaquin XIRAU. — De l'humanisme à la déshumanisation de l'art ..... 952

### Société de Médecine mentale de Belgique

Séance du 29 avril 1939

- J. SCHOCKAERT et FERIN. — Endocrinologie et homosexualité ..... 953
- H. BAONVILLE, J. LEY et J. TITECA. — Deux cas de démence progressive par atrophie corticale ..... 954

(Suite du sommaire, page VIII).

# CHATEAU DES COUDRAIES

Ancienne Institution d'Eaubonne (fondée en 1847)

Magnifique Parc de 5 hectares, adossé à la forêt de Sénart. Très belle vue sur la vallée de la Seine. Très grand confort. Eau courante, chaude et froide, dans toutes les chambres, électricité, chauffage central, installation hydrothérapique complète. Rayons U. V. Jardinage. Horticulture. Potagers de 20.000 m<sup>2</sup>. Tennis.



PRIX DE PENSION A PARTIR DE 1000 FR. PAR MOIS

## ÉTIOLLES (S.-&-O.)

### ENFANTS ET JEUNES GENS ARRIÉRÉS

Education et Traitement  
des déficients intellectuels  
à tous les degrés

#### DIRECTEURS

Drs M. et J. de CHABERT

de 2 à 5 heures

sauf jeudis et dimanches

25 km. de PARIS

gare Evry-Petit-Bourg (P.-L.-M.)

Arrêt des autocars Citroën

27 - 28 - 29 : Dép. de Paris,

pl. Denfert-Rochereau

Tél. Corbeil 226

# SAINT-REMY

CLINIQUE MÉDICALE

46, Boul. Carnot      Tél. Régional 755 et 850

LE VÉSINET (S.-et-O.).



-- -- TRAITEMENT -- --  
des affections du Système nerveux, des  
intoxications et des maladies de la nutrition

Repos — Convalescences — Régimes  
Electrothérapie — — Hydrothérapie

Dans banlieue agréable, paisible et saine.  
Très belle installation modèle, 6 pavillons séparés  
- - dans un parc fleuri de 2 hectares - -

Chambres gaies, meublées avec goût, très confortables,  
cabinets de toilette avec S. B. et W. C. privés.  
Galleries ensoleillées. Terrain et salons de jeux.  
- Excellente cuisine bourgeoise et de régimes -

NI MALADES CONTAGIEUX OU BRUYANTS

-- -- MÉDECIN-DIRECTEUR -- --

-- -- **D<sup>r</sup> P. ALLAMAGNY** -- --

avec la collaboration du D<sup>r</sup> VIGNAUD,  
ex-Directeur de la Maison de Santé de Vanves

-- -- et d'un médecin assistant -- --

## ANALYSES

### LIVRES, THÈSES, BROCHURES

#### Psychologie.

P. JANET. — Les conduites sociales .....	955
P. JANET. — L'examen de conscience et les voix .....	956
GINA LOMBROSO FERRERO. — L'éclosion d'une vie .....	957
GOLDZIEHER. — La gaucherie .....	957

### JOURNAUX ET REVUES

#### Thérapeutique.

A. FOX. — L'insuline et le camphre dans la thérapeutique des maladies mentales .....	958
H. H. REESE et A. VAN DER VEER. — Essais de choc thérapeutique par l'insuline dans la schizophrénie .....	958

D. RUSLANDER. — Observations de traitement hypoglycémique dans 55 cas de schizophrénie .....	958
--	-----

D.-E. CAMERON. — Nouvelles tentatives thérapeutiques par l'hypoglycémie insulinaire dans la schizophrénie .....	959
---	-----

N.-L. EASTON. — Un cas d'hypoglycémie prolongée .....	959
---	-----

I. MURRAY-ROSSMAN et W.-B. CLINE. — Le traitement par le choc pharmacologique dans la schizophrénie .....	959
---	-----

B. BORNSTEIN et J. REICHAN. — Les complications au cours du traitement de la schizophrénie par les chocs insulinaires .....	959
---	-----

H. FREED et Ch.-W. WOFFORD. — Hémorragie subarachnoidienne au cours du choc thérapeutique dans la schizophrénie .....	960
---	-----

S.-B. WORTIS. — Effets de l'insuline, du métrazol et du camphre à doses convulsives sur le métabolisme cérébral .....	960
---	-----

(Suite du sommaire, page X).

## *Ecole du Docteur Henriette Hoffer*

ETABLISSEMENT PSYCHO - MÉDICO - PÉDAGOGIQUE  
POUR ENFANTS INAPTES A SUIVRE LES CLASSES NORMALES  
(ENFANTS RETARDÉS, DÉLICATS, SOURDS, PARLANT MAL)

Fondatrices : Dr H. HOFFER et Madame Anne-Marie BUSSEAU.



« MONTCLAIR »

I, Grande Rue, BELLEVUE-MEUDON (Seine-&-Oise) - Téléph. : Observatoire 17-45

# DIVONNE-LES-BAINS

OUVERT  
TOUTE  
L'ANNÉE

Altitude 519 m. (Genève 16 km.) — AIN

LA GRANDE STATION FRANÇAISE DE REPOS  
-- -- dans un parc de 100 hectares' -- --

==== Indication spéciale de cure pour : ====  
les troubles fonctionnels du SYSTÈME NERVEUX et des  
MALADIES DE LA NUTRITION qui s'y rattachent  
les maladies organiques du TUBE DIGESTIF et de la  
===== NUTRITION =====

## Dans le parc : Etablissement thermal

Hydrothérapie. Psychothérapie. Cures d'air, de repos,  
d'exercices et de culture physique. Massothérapie. Elec-  
trothérapie. Radiologie.

## Dans le parc : Les Hôtels

### HOTEL DU GOLF

Hôtel de grande classe, tous les appartements avec salle de  
bains, w.-c., téléphone. Première réalisation hôtelière dans  
la suppression des bruits.

### HOTEL CHICAGO

Résidence de tout premier ordre.

### LE GRAND HOTEL

Hôtel de premier ordre à prix modérés. Recommandé aux  
familles.

### LE PAVILLON DU GOLF

Grande terrasse avec vue splendide sur la chaîne des  
Alpes. Son restaurant, ses spécialités régionales, ses thés  
avec orchestre.

### MAISON MÉDICALE DE RÉGIME

Sous contrôle d'un médecin spécialiste. Cuisine diététique.  
Laboratoires d'analyses.

## Distractions

## Tous les sports

Théâtre. Concerts. Cinéma. Parc pour enfants.

Golf 18 trous. Tennis. Promenades. Canotage (5 km.  
du lac). Pêche à la truite.

Direction Générale : I. TARTAKOWSKY, Administrateur

L. VON MEDUNA et M. SAKEL. — La signification de la convulsion épileptique au cours du traitement de la schizophrénie par l'insuline et le cardiazol ..... 960

M.-A. GOLDENBERG. — Psychopathologie de l'épilepsie symptomatique (camphrée) en rapport avec le traitement de la schizophrénie par la méthode de Meduna ..... 960

## VARIÉTÉS

### Société Médico-Psychologique :

Séances ..... 962  
Nécrologie ..... 962

### Hôpitaux Psychiatriques :

Nominations ..... 962  
Postes vacants ..... 963  
Jury du concours de médecin des Hôpitaux Psychiatriques ..... 963

### Hygiène et Prophylaxie :

Un vœu contre l'alcoolisme à l'Académie de Médecine ..... 963  
Une Association de schizophréniques aux Etats-Unis ..... 964

### Université de Paris :

Faculté de médecine ..... 964  
Nécrologie ..... 964

## INFORMATIONS

II<sup>e</sup> Congrès National d'Orientation Professionnelle (Lille, 17-18-19 juillet 1939) ..... XII  
Congrès International d'Hygiène scolaire de langue française ..... XIV

xe Congrès International de Dermatologie et de syphilologie (New-York, septembre 1940) ..... XVIII  
Voyage de « Bruxelles médical » aux Etats-Unis ..... XX

# LA MÉTAIRIE

— NYON (SUISSE) —

## MALADIES NERVEUSES ET MENTALES



DIVISION POUR ENFANTS  
DANS UNE MAISON SÉPARÉE

Médecin-chef : D<sup>r</sup> E. GONET  
D<sup>r</sup> P. PLATTNER

Tél. : 9.56.26

DEUX MÉDECINS ASSISTANTS





# LES RIVES DE PRANGINS

**PRANGINS près NYON (Suisse)**

**AFFECTIONS DU SYSTÈME NERVEUX**

Médecin-Chef : Dr O.-L. FOREL, Privat-Docent à l'Université  
Prospectus sur demande à l'Administration  
Téléphone : Nyon 9.54.41  
Adr. télégraphique : RIVAPRANGINS NYON

## INFORMATIONS

### II<sup>e</sup> CONGRES NATIONAL D'ORIENTATION PROFESSIONNELLE

Lille, les 17, 18, 19 juillet 1939

Le dernier délai pour l'envoi des adhésions au *II<sup>e</sup> Congrès national d'orientation professionnelle* est fixé au 15 mai 1939 ; la date extrême pour le dépôt des rapports et communications est le 1<sup>er</sup> avril 1939.

*Réduction sur les chemins de fer français.*

A l'occasion du *II<sup>e</sup> Congrès National d'Orientation Professionnelle*, la Société Nationale des Chemins de fer français accordera le bénéfice du Titre VI du Tarif des Dispositions Diverses, et délivrera aux adhérents à cette manifestation des billets d'aller et retour individuels comportant une réduction de 40 % et valables du 12 au 24 juillet 1939.

(A suivre, page d'annonces XIV).

# SANATORIUM BELLEVUE

du Docteur BINSWANGER



à **KREUZLINGEN (Suisse)**

(fondé en 1857)

Spécialement organisé pour le traitement des  
**MALADIES NERVEUSES, MENTALES et des INTOXICATIONS**

**CURES D'INSULINE**

9 villas différentes permettant la séparation complète  
des diverses formes de maladies

6 villas séparées pour névroses, états d'épuisement et de convalescence

3 villas séparées pour maladies mentales

4 médecins

Installation hydrothérapeutique très moderne  
gymnastique, massage, jardinage, tissage, etc...

Grande ferme modèle

RENSEIGNEMENTS ET PROSPECTUS PAR L'ADMINISTRATION

# SAINT-RÉMY

CHALON-SUR-SAONE (S.-&-L.)

Téléphone 316



MAISON DE CURE ET CONVALESCENCE



Etats neurasthéniques -- Affections du système  
nerveux - Psycho-névroses - Désintoxications  
-- -- Psychothérapie -- Hydrothérapie -- --  
-- 40 chambres -- 15 salles de bains --

NI ALIÉNÉS - NI CONTAGIEUX



Direction administrative : MARC RIFAUX

Direction médicale : Docteur RENÉ VERCIER

ex-interne des Hôpitaux psychiatriques, Chef de clinique  
neuro-psychiatrique à la Faculté de Médecine de Paris

## CONGRES INTERNATIONAL D'HYGIENE SCOLAIRE DE LANGUE FRANÇAISE

Un *Congrès d'Hygiène scolaire de langue française* aura lieu les 1<sup>er</sup> et 2 juillet 1939, à Lille, à l'occasion de l'exposition du Progrès Social.

La séance d'ouverture sera présidée par M. le Ministre de la Santé publique qui a bien voulu accorder son patronage à cette manifestation.

Les questions mises à l'ordre du jour sont les suivantes :

I. De la nécessité de l'inspection médicale scolaire obligatoire. Rapporteur : D<sup>r</sup> DÉZARNAULDS, ancien ministre.

II. Biomorphologie et pédagogie. Rapporteur : D<sup>r</sup> LAUFER, secrétaire général de l'Association nationale d'hygiène scolaire.

III. La scoliose à l'école. Rapporteur : D<sup>r</sup> LEDENT (de Liège).

IV. Technique de l'inspection médicale scolaire. Rapporteur : D<sup>r</sup> DUVERNOY (de Besançon).

Pour tous renseignements, s'adresser au *secrétaire général* du Congrès : D<sup>r</sup> POREZ, 68, rue Brûle-Maison, Lille.

(A suivre, page d'annonces XVIII).

## MAISON DE SANTÉ DE BELLEVUE (S.-et-O.)

8, Avenue du 11 Novembre    :-    Observatoire 10-62

MÉDECIN-DIRECTEUR : D<sup>r</sup> BUSSARD

✦  
Maladies  
du  
Système  
nerveux  
et de la  
Nutrition  
✦



Psycho-  
névroses  
✦  
Intoxica-  
tions  
✦  
Convales-  
cences

Cet établissement, situé sur le coteau de Bellevue, à proximité du bois de Meudon, est composé de plusieurs pavillons dans un parc. Il offre tout le confort moderne

# LABORATOIRES AMIDO

A. BEAUGONIN, Pharmacien

4, Place des Vosges, 4 — PARIS, 4<sup>e</sup> Arr<sup>t</sup>

## AMIDAL

Poudre — Comprimés — Cachets — Dragées

Deux à quatre cuillerées à café,  
ou quatre à huit comprimés, dragées  
ou cachets par jour

Entérites aiguës et chroniques.  
Entéro colites. Dysenterie.  
Toutes les Diarrhées.  
La constipation spasmodique.

## VITAMYL IRRADIÉ

Extrait concentré de vitamines A. B. et C.

Ergostérol irradié  
Une cuillerée à café  
avant chacun des trois repas.

Carences et Pré-carences.  
Rachitisme.  
Déminéralisation.  
Troubles de la Croissance

## GÉNÉSÉRINE

POLONOVSKI et NITZBERG

Deux à trois granules ou dragées ou 20 à 30  
gouttes à chacun des trois repas ou une ampoule  
injectable chaque jour pendant 10 jours.

Hypo-acidité gastrique.  
Syndrome solaire.  
Dyspepsie atonique.  
Palpitations et Tachycardie  
des cœurs nerveux.

## GÉNATROPINE

POLONOVSKI et NITZBERG

2 granules, ou 20 gouttes, 2 à 3 fois par jour,  
entre les repas de préférence.  
1 ampoule injectable par jour.

Hyperchlôrydrie.  
Spasmes digestifs — Vomissements.  
Coliques — Diarrhées.

## GÉNOSCOPOLAMINE

POLONOVSKI et NITZBERG

4 à 8 granules, ou 40 à 80 gouttes par jour,  
en 2 ou 3 prises, 1 ampoule par jour.

Maladie de Parkinson.  
Syndromes post-encéphalitiques.  
Anesthésie chirurgicale ou obstétricale.

## GÉNHYOSCYAMINE

POLONOVSKI et NITZBERG

2 granules, ou 20 gouttes, 2 à 3 fois par jour  
entre les repas de préférence.  
1 ampoule par jour.

Spasmes digestifs.  
Tremblements.  
Syndromes parkinsoniens.  
Sueurs des tuberculeux.

## GÉNOSTRYCHNINE

POLONOVSKI et NITZBERG

ou  
Ampoules — Goutte — Granules

## GÉNOSTHÉNIQUES

Cacodylate de Génostrychnine et de Gènesérine.  
2 granules, ou 20 gouttes à chacun des trois repas.  
1 ampoule injectable chaque jour.

Asthénie.  
Neurasthénie — Surmenage.  
Anémie — Convalescence.  
Paralysies atoniques.

## GENOMORPHINE

POLONOVSKI et NITZBERG




En comprimés dosés à 2 Ctrgs (2 à 3 fois  
par jour) ou en ampoules injectables  
dosées à 4 Ctrgs.

La Douleur.  
L'Anxiété — l'Agitation.  
Les Dyspnées spasmodiques.  
La Démorphinisation.

ÉCHANTILLONS MÉDICAUX SUR DEMANDE



MÉDICATION SÉDATIVE  
*du*  
SYSTÈME NERVEUX

	<b>GARDÉNAL</b> <i>Phényl-éthyl-malonylurée</i>
	<b>RUTONAL</b> <i>Phényl-méthyl-malonylurée</i>
	<b>SONÉRYL</b> <i>Butyl-éthyl-malonylurée</i>

UNE GAMME D'HYPNOTIQUES  
SPECIA

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE SPECIA MARQUES POULENC FRÈRES & USINES DU RHÔNE

21, RUE JEAN GOUJON - PARIS-8<sup>e</sup>

ODETTE  
ZEAU



## CLINIQUE MÉDICALE DE FONTENAY-S.-BOIS

(Seine)

6, Avenue des Marronniers — Tél. : Tremblay 12-87

Médecin-Directeur :

Docteur G. COLLET, Ancien interne des Asiles de la Seine

### TRAITEMENT DES MALADIES NERVEUSES

ISOLEMENT — PSYCHOTHÉRAPIE — RÉGIMES — HYDROTHÉRAPIE  
ÉLECTROTHÉRAPIE

ÉTABLISSEMENT SITUÉ EN BORDURE DU BOIS DE VINCENNES — PARC

PAVILLONS SPÉCIAUX POUR DAMES ET JEUNES FILLES

MAISON de REPOS pour PERSONNES AGÉES et pour CONVALESCENTS  
MOYENS DE COMMUNICATIONS FACILES AVEC PARIS

*Chemin de fer de Vincennes, Place de la Bastille, à Paris*

*Autobus n° 122 au Château de Vincennes (Station du Métro).*

## ÉTABLISSEMENT HYDROTHÉRAPIQUE

ET

### MAISON DE CONVALESCENCE

Docteur J.-B. BUVAT et Docteur G. VILLEY-DESMESERETS

*Anciens Internes des Asiles de la Seine*

*Médecins-Directeurs*

#### VILLA MONTSOURIS

130, rue de la Glacière

PARIS

Téléphone : Gobel. 05-40

MARDI, VENDREDI

2 à 5

#### CHATEAU de l'ABBAYE

VIRY-CHATILLON

(S.-et-O.)

Téléphone : Juvisy 76

PARC : Huit Hectares

TRAITEMENT DES MALADIES  
NERVEUSES ET DES TOXICOMANIES

— PRIX MODÉRÉS —

# X<sup>e</sup> CONGRES INTERNATIONAL DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILOLOGIE

(New-York, septembre 1940)

*Le X<sup>e</sup> Congrès International de Dermatologie et de Syphilologie se tiendra à New-York au mois de septembre 1940.*

Au nombre des questions mises à l'ordre du jour de cette session, figurent :

*Influences psychiques dans les maladies cutanées ;  
Troubles cutanés des dysfonctions endocriniennes ;  
Syphilis : idées nouvelles et méthodes de traitement.*

*Secrétaire général : D<sup>r</sup> Paul A. O'LEARY, Mayo Clinic, Rochester, Minnesota. U.S.A.*

*S'inscrire le plus tôt possible auprès de M. BASCH, secrétaire français du Congrès, 167, boulevard Malesherbes (17°).*

(A suivre, page d'annonces XX).

## LE COTEAU

SAINT-MARTIN-LE-VINOUX

Près GRENOBLE (Dauphiné)

-- Maison de traitements --  
de repos et de convalescence  
-- pour maladies nerveuses --  
-- en cure libre --

Ouverte toute l'année -- Confort moderne  
Vue admirable -- Renseignements à la gérante  
Téléphone 11-38-Grenoble

**MÉDECIN TRAITANT : Docteur MARTIN-SISTERON**  
**Médecin des Hôpitaux de Grenoble**

# " LES BERGES DU LÉMAN "

à VEVEY (Suisse)

## Traitement des affections nerveuses

Cures de repos et de convalescence

## Traitement spécial des psychonévroses

Situation exceptionnelle -- Vue étendue -- Grand parc -- Tout confort

Médecin-Directeur : Docteur M. GUILLEREY (Cabinet de consultations à Lausanne : Grand-Chêne, 2, lundi et jeudi sur rendez-vous. Téléphone 32.434). — Médecin-Adjoint : Docteur R. DUBY, un Médecin-Assistant. Téléphone : Vevey 52.008 ; Adresse télégraphique : Berges Vevey.

*Renseignements et prospectus auprès de la direction médicale*



# CHATEAU DE PREVILLE

Tél. 52 ORTHEZ (Basses-Pyrénées)



●  
**Dr Marcel DHERS**

◆  
*Climat toni-sédatif*

MAISON

de Traitements  
de Repos ~~~~~  
de Régimes ~~~~~

~~~~~  
**Affections nerveuses  
Intoxications  
Convalescences**



Installation luxueuse et plaisante sur les bords du Gave au milieu  
-- d'un parc de douze hectares à proximité de Pau et Biarritz --  
Rayons X — Electrothérapie — Hydrothérapie — Psychothérapie

## VOYAGE DE « BRUXELLES-MEDICAL » AUX ETATS-UNIS

---

A l'occasion de l'Exposition de New-York, notre confrère, « *Bruxelles-Médical* », organise, du 29 août au 30 septembre prochain, un voyage accompagné aux Etats-Unis.

Le départ du Havre s'effectuera à bord du « *Champlain* », magnifique paquebot de 28.676 tonnes, de la *Cie Générale Transatlantique*, et le retour par

L'itinéraire sera le suivant :

*Le Havre, New-York (trois jours), Philadelphie, Atlantic-City, Washington, Chicago, Detroit, Toronto, Chutes de Niagara, Boston, New-York (trois jours), Le Havre.*

Le prix forfaitaire, avec traversées en classe cabine (1<sup>re</sup> classe), comprenant tous les frais du Havre au Havre, exception faite seule-

(A suivre, page d'annonces XXII).

# MAISON DE SANTÉ

161, rue de Charonne -- PARIS-XI<sup>e</sup>

Téléphone : ROQUETTE 05-05

Traitement des maladies mentales et nerveuses des deux sexes

Grand parc de 2 hectares en plein Paris

Pavillons et jardins séparés

Directeur : le D<sup>r</sup> CL. VURPAS

Médecin de La Salpêtrière

Les familles sont reçues tous les jours de 2 heures à 5 heures



# Epilepsie

## ALEPSAL

simple, sûr, sans danger

Echantillons & Littérature  
LABORATOIRES GÉNÉVRIER 2 Rue du Débarcadère PARIS.

## VILLA PENTHIÈVRE

*Maison de Santé et de Convalescence*

SCEAUX (Seine)

TÉL. ÉPH. 12

PSYCHOSES — NÉVROSES



Médecin-Directeur : Dr BONHOMME, Ancien Interne des Asiles de la Seine  
Médecin assistant : Dr CODET, Ancien Chef de Clinique de la Faculté

**VOYAGE DE « BRUXELLES-MEDICAL »  
AUX ETATS-UNIS**

(Suite)

ment des pourboires à bord et de la boisson dans les hôtels et les trains aux Etats-Unis, a été fixé à la somme de 747 dollars.

Pour les voyageurs désirant effectuer les traversées maritimes en classe touriste, le prix sera de 585 dollars.

Tous les parours aux Etats-Unis se feront avec fauteuils Pullman pour les trajets de jour et couchettes Pullman pour les trajets de nuit, et les hôtels utilisés seront tous des hôtels de premier ordre (chambres avec salles de bains privées).

Pour recevoir le programme détaillé du voyage, s'adresser à la Section des Voyages de « Bruxelles-Médical », 29, boulevard Adolphe-Max, à Bruxelles.

# NEUROBORE PUR

Solution inaltérable de tartrate borico-potassique pur  
1 gr. par cuillerée à café

**SPÉCIFIQUE DES AFFECTIONS NERVEUSES**

*Pas d'Acné — Pas de troubles gastro-intestinaux — Pas de dépression cardiaque*

# NEUROBORE -G- ASSOCIÉ

Tartrate borico-potassique + Phénylethyl-malonylurée + Correctif  
en cachets solubles

**MÉDICATION D'ATTAQUE**

des Affections nerveuses graves, des Insomnies rebelles

# CANTÉINE

**BOUTEILLE**

(Cratægus -- Passiflore -- Haïmamélis -- Salix alba)  
Erethisme cardiaque - Neurasthénie - Mélancolie - Déprimés  
-- Troubles circulatoires et troubles nerveux consécutifs --

Echantillon gratuit sur demande

**Laboratoire E. BOUTEILLE, 23, rue des Moines, PARIS (17<sup>e</sup>)**

# LE CASTEL D'ANDORTE

- 342, Route du Médoc -  
LE BOUSCAT, près Bordeaux  
- Téléphone : BORDEAUX 836-30 -

MALADIES MENTALES  
- ET NERVEUSES -

Médecin-Directeur :  
Docteur Pierre CHARON

## MAISON DE SANTÉ D'ÉPINAY-SUR-SEINE

(Fondée par le Dr Tarrius)

6, Avenue de la République, EPINAY-sur-SEINE

Téléphone : 68 St-Denis



Maladies mentales et nerveuses des deux sexes  
Désintoxications - Cures de repos - Hydrothérapie - Electrothérapie  
Rayons ultra-violet

### PAVILLONS SÉPARÉS ET VILLAS PARTICULIÈRES

très confortables au milieu d'un parc de 15 hectares

CHAUFFAGE CENTRAL -- ELECTRICITÉ -- CHAPELLE

L'établissement est largement ouvert à tous les Médecins  
qui peuvent continuer d'y traiter leurs malades

Moyens de communication : Tramway n° 54, Place de la Trinité-Enghien (s'arrête devant l'Etablissement). — Chemin de fer gare du Nord, trajet en 10 minutes. — Automobiles, route d'Enghien, 7 kilomètres de Paris.



## VILLA LUNIER à BLOIS (Loir-et-Cher)

consacrée au traitement des maladies mentales

Fondé en 1860 par l'éminent Dr **LUNIER** cet établissement sis sur un plateau salubre à la périphérie de la ville à 1.500 mètres de la gare, se trouve au milieu d'un parc magnifique de 11 hectares ; il comporte toutes les commodités modernes et les divers moyens de traitement ; un laboratoire bien outillé permet tous les examens biologiques nécessaires

La direction et le service médical sont assurés par deux médecins-chef des Hôpitaux psychiatriques assistés d'internes, de religieux, d'infirmiers et d'infirmières laïques.

Le prix de pension varie de 970 fr. par mois à 1.370 fr. selon les classes.  
Le prix des pavillons particuliers oscille entre 2.500 f. et 4.800 fr.

~~~~~  
TÉLÉPHONE : 2-82  
~~~~~

**POUR PLUS AMPLES RENSEIGNEMENTS,  
DEMANDER LE PROSPECTUS DÉTAILLÉ.**

## ALLOCHRYSSINE LUMIÈRE

AUROTHERAPIE PAR VOIE INTRAMUSCULAIRE  
TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE SOUS TOUTES SES FORMES  
Absorption facile et rapide -- Tolérance parfaite  
Aucune réaction locale, ni générale

## CRYOGÉNINE LUMIÈRE

LE MEILLEUR ANTIPYRÉTIQUE ET ANALGÉSIQUE  
ACTION VÉRITABLEMENT RAPIDE DANS LA FIÈVRE ET LA DOULEUR  
Ne détermine pas de sueurs profuses, ni de tendance au collapsus, ne ferme pas le rein, ne provoque pas de vertiges -- Pas de contre-indications

## CRYPTARGOL LUMIÈRE

COMPOSÉ ARGENTIQUE STABLE, ATOXIQUE  
AUSSI ANTISEPTIQUE QUE LE NITRATE D'ARGENT  
Non irritant, kératoplastique  
Aucune intolérance digestive ou cutanéomuqueuse -- Jamais d'argyrisme

## EMGÉ LUMIÈRE

MEDICATION HYPOSULFIQUE MAGNÉSIENNE  
PROPHYLAXIE ET TRAITEMENT DE TOUS LES TROUBLES LIÉS  
À UN ÉTAT D'INSTABILITÉ HUMORALE. **ANTI-CHOC.**

« Produits spéciaux des **LABORATOIRES LUMIÈRE** »  
45, Rue Villon, LYON — Bureau à PARIS, 3, Rue Paul-Dubois





